

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 6 wniosku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe			X	Kod	Zdarzenie ubezpieczeniowe	X
001	zgon Ubezpieczonego z wyjątkiem zgonu wskutek NW (b.,c.,d.,v.)	<input type="checkbox"/>	106	trwała utrata zdrowia wskutek zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego (a.,j.,n.,x.)	<input type="checkbox"/>	
002	zgon Ubezpieczonego wskutek NW (b.,c.,d.,j.,m.,v.)	<input type="checkbox"/>	107	niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW (a.,j.,m.,n.,p.)	<input type="checkbox"/>	
003	zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (b.,c.,d.,v.)	<input type="checkbox"/>	108	niezdolność do pracy Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny (a.,p.)	<input type="checkbox"/>	
004	zgon małżonka lub partnera Ubezpieczonego (a.,c.,d.,h. lub i.)	<input type="checkbox"/>	109	inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW (a.,j.,m.,o.)	<input type="checkbox"/>	
005	zgon jednego z rodziców Ubezpieczonego (a.,c.)	<input type="checkbox"/>	110	inwalidztwo małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (a.,h. lub i.,l.,m.,o.)	<input type="checkbox"/>	
006	zgon jednego z rodziców małżonka lub partnera Ubezpieczonego (a.,c.,h. lub i.,w.)	<input type="checkbox"/>	111	inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (a.,f.,k.,m.,o.)	<input type="checkbox"/>	
007	urodzenie dziecka (a.,f.)	<input type="checkbox"/>	112	zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV (a.,u.)	<input type="checkbox"/>	
008	zgon dziecka Ubezpieczonego (a.,d.,e.) /jeśli martwo urodzone (a.,e.)/	<input type="checkbox"/>	113	ciężkie zachorowanie małżonka lub partnera Ubezpieczonego (a.,h. lub i.,s.,t.)	<input type="checkbox"/>	
009	zgon dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (a.,c.,d.,k.,m.)	<input type="checkbox"/>	114	ciężkie zachorowanie dziecka Ubezpieczonego (a.,f.,s.,t.)	<input type="checkbox"/>	
010	zgon małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (a.,c.,d.,h. lub i.,l.,m.)	<input type="checkbox"/>	115	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW (a.,j.,m.,q.)	<input type="checkbox"/>	
015	zgon Ubezpieczonego – renta (b.,c.,d.,f.,y.)	<input type="checkbox"/>	116	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny (a.,q.)	<input type="checkbox"/>	
016	wygaśnięcie umowy z końcem okresu ubezpieczenia (a.)	<input type="checkbox"/>	118	trwała utrata zdrowia małżonka lub partnera Ubezpieczonego (a.,h. lub i.,l.,m.,o.,x.)	<input type="checkbox"/>	
019	osierocenie dziecka (b.,c.,d.,f.,g.,y.)	<input type="checkbox"/>	119	trwała utrata zdrowia dziecka Ubezpieczonego (a.,f.,k.,m.,n.,x.)	<input type="checkbox"/>	
020	dożycie Ubezpieczonego do terminu oznaczonego w umowie ubezpieczenia /do 50-tej rocznicy ślubu Ubezpieczonych (a.,h.) lub dożycie 100 lat przez Ubezpieczonego (a.)/	<input type="checkbox"/>	201	leczenie szpitalne Ubezpieczonego (a.,r.)	<input type="checkbox"/>	
021	zgon Ubezpieczonego wskutek szczególnego przypadku wypadku komunikacyjnego (b.,c.,d.,j.,m.,v.)	<input type="checkbox"/>	202	leczenie szpitalne małżonka lub partnera Ubezpieczonego (a.,h. lub i.,r.)	<input type="checkbox"/>	
023	zgon Ubezpieczonego na służbie (b.,c.,d.,j.,m.,v.)	<input type="checkbox"/>	203	leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego (a.,f.,r.)	<input type="checkbox"/>	
103	trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego wskutek NW (a.,j.,m.,n.,x.)	<input type="checkbox"/>	205	leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek NW (a.,j.,m.,n.,r.)	<input type="checkbox"/>	
104	ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego (a.,s.,t.)	<input type="checkbox"/>	206	leczenie szpitalne małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (a.,h. lub i.,l.,m.,n.,r.)	<input type="checkbox"/>	
105	trwała utrata narządu, organu lub utrata funkcji układu Ubezpieczonego (a.,j.,m.,n.,o.)	<input type="checkbox"/>	207	leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (a.,f.,k.,m.,n.,r.)	<input type="checkbox"/>	
			INNE		<input type="checkbox"/>	

4. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

	Tytuł przekazania kwoty wykupu	Kwota do przekazania w PLN
a) <input type="checkbox"/> jako kwota zaliczki na poczet Składki Ubezpieczeniowej do Wniosku o Zawarcie Umowy Ubezpieczenia na Życie <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div> </div> <p>seria numer</p> <p>- w punkcie d) wpisz numer konta bankowego z ww. wniosku - w punkcie f) wpisz NORDEA</p>	<input type="checkbox"/> Ubezpieczeniowa regularna	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Dodatkowa	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Premiowana Dodatkowa	<input type="text" value=""/>
b) <input type="checkbox"/> jako składka do zawartej Umowy Ubezpieczenia potwierdzonej Polisą numer <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	<input type="checkbox"/> Jednorazowa	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Inna	<input type="text" value=""/>
c) <input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na adres do korespondencji		<input type="text" value=""/>
d) <input type="checkbox"/> na rachunek bankowy numer <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		<input type="text" value=""/>
e) <input type="checkbox"/> na rachunek bankowy numer <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>		<input type="text" value=""/>
f) DANE WŁAŚCICIELA RACHUNKU BANKOWEGO Prosimy wypełnić w przypadku, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest osoba uprawniona.		
Ad. d) Imię i nazwisko / firma <input type="text" value=""/>		
Adres zameldowania / siedziby <input type="text" value=""/>		
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
kod kraju	ulica	numer domu numer lokalu
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
kod pocztowy	miejsowość	poczta
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Ad. e) Imię i nazwisko / firma <input type="text" value=""/>		
Adres zameldowania / siedziby <input type="text" value=""/>		
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
kod kraju	ulica	numer domu numer lokalu
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
kod pocztowy	miejsowość	poczta
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

