

DODATEK PRO POJIŠTĚNOU OSOBU

Wealth Insuring

powered by



Název samostatného zprostředkovatele (SZ) IČO SZ
 Jméno vázaného zástupce (VZ) Reg. číslo VZ
 E-mail Telefon

POJIŠTĚNÁ OSOBA

Titul Datum narození
 Jméno Rodné číslo
 Příjmení Občanství
 Ulice, číslo popisné Místo narození
 PSČ Obec E-mail
 Telefon / Mobil
 Korespondenční adresa
 Informace o daňové rezidenci (pokud je jiná než ČR): Země daňové rezidence Daňové identifikační číslo

POŽADOVANÉ POJISTNÉ KRYTÍ

Technický počátek
 Minimální pojistná částka pro každé jedno riziko je 75.000 Kč.
 Alespoň jeden pojištěný musí mít vybráno pojistné riziko pro případ smrti.
 Pojištění pro případ smrti Kč
 Plnohodnotné pojištění v důsledku úrazu Kč
 Obsahuje krytí pro trvalé následky v důsledku úrazu, smrt způsobenou úrazem a rozšířené úrazové krytí (doba nezbytné léčby úrazu).
 Pojištění nemocí a operací Kč
 Obsahuje krytí pro závažná onemocnění, operace v důsledku nemoci a denní dávku pro období hospitalizace.
 Pojištění pro případ invalidity Kč
 Je možné uzavřít pouze pro osoby od 18 do 64 let.

POZNÁMKY

OBMYŠLENÉ OSOBY V PŘÍPADĚ SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Příjmení, jméno, titul	Datum narození	Podíl v %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

celkem 100 %

ZJEDNODUŠENÉ PROVĚŘENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Zjednodušené prověření zdravotního stavu je možné využít při splnění následujících podmínek: pojistná částka pro pojištění smrti nejvýše 750.000 Kč, nejvyšší vstupní věk 64 let, nejvyšší věk při ukončení smlouvy (změna smlouvy na důchod) 75 let, žádná jiná pojištěná rizika.

Můžete pravdivě konstatovat následující?

Čestně **prohlašuji**, že v tomto okamžiku nemám sníženou pracovní schopnost a nepobírám ani jsem nepožádal/a o pobírání dávek z důvodu snížené pracovní schopnosti, nezpůsobilosti pracovat, invalidity nebo potřeby dlouhodobé péče. Zároveň **potvrzuji**, že jsem nebyl/a hospitalizován/a během posledních 5 let a že jsem se v období posledních 5 let ani neléčil/a a ani neužíval/a léky déle než 3 týdny bez přerušení z důvodu stejných zdravotních problémů nebo nemocí.

Pokud je odpověď na čestné prohlášení „NE“, je nutné zodpovědět všechny otázky zdravotního dotazníku, který je přiložen k tomuto dodatku.

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a se Všeobecnými pojistnými podmínkami pro NOVIS „Wealth Insuring“ platnými pro Návrh na uzavření pojistné smlouvy, ke kterému se tento dodatek sjednává.

Svým podpisem čestně prohlašuji a potvrzuji, že jsem v dostatečném předstihu před sepsáním dodatku k návrhu na uzavření pojistné smlouvy v písemné formě převzal/a a seznámil/a se s dokumentem „Informace pro klienta o ochraně osobních údajů“ vytvořeným Pojistitelem.

Pojištěný svým podpisem **potvrzuje** a čestně **prohlašuje**, že není politicky exponovanou osobou ve smyslu právních předpisů a opatření platných proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a rovněž se zavazuje, že pokud se v průběhu trvání smluvního vztahu s pojistitelem touto osobou stane, oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu pojistiteli

Podpis pojištěné osoby

Potvrzuji, že jsem neměl/a a ani nemám následující onemocnění: maligní nádorové onemocnění, onemocnění nervového systému, duševní nemoci, infekce HIV, srdeční infarkt nebo mozková příhoda.

Ano Ne

Datum a podpis

a vyplní Čestné prohlášení politicky exponované osoby.

Pojištěný svým podpisem potvrzuje a čestně **prohlašuje**, že není daňovým rezidentem USA. Dále prohlašuje, že není občanem USA a ani jeho místo narození není v USA.

Podpis pojištěné osoby

Svým podpisem **potvrzuji**, že všechny údaje v tomto dodatku jsou uvedeny pravdivě a úplně.

Jakékoliv změny týkající se prohlášení pojištěného anebo údajů uvedených v dodatku k pojistné smlouvě / návrhu pojistné smlouvy je pojištník a pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO MARKETINGOVÉ ÚČELY

Souhlasím, aby Pojistitel sám nebo prostřednictvím svých smluvních partnerů, které Pojistitel uvede na svých internetových stránkách, zpracovával mé osobní údaje v rozsahu údajů obsažených v dodatku k návrhu na uzavření pojistné smlouvy s číslem uvedeným výše, pro úče-

ly marketingových činností Pojistitele, a to po dobu trvání této pojistné smlouvy a po dobu jednoho roku po jejím skončení. Zároveň jsem si vědom/á, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Ano Ne

Datum

Podpis pojištěné osoby

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Souhlasím, aby Pojistitel jako správce zpracovával mé osobní údaje o zdravotním stavu před uzavřením pojistné smlouvy s číslem uvedeným výše za účelem uzavření této pojistné smlouvy a vykonávání její následné správy, aby Pojistitel dle potřeby prověřoval můj zdravotní stav u lékařů a ve zdravotnických zařízeních, ve kterých jsem se léčil, léčím nebo se budu léčit. Zplnomocňuji svoji zdravotní pojišťovnu, lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotní dokumentace, též k jejich zapůjčení za účelem uzavření a změn pojistné smlouvy a prořízení pojistných událostí i na dobu po mé smrti. Zároveň zbavuji povinnosti za-

chovávat mlčenlivost vůči Pojistiteli, všechny lékaře, kteří mě léčili nebo se kterými jsem konzultoval svůj zdravotní stav.

Souhlas uděluji po dobu trvání smluvního vztahu se správcem a po dobu pěti let po ukončení platnosti smluvních vztahů se správcem. Jsem si vědom/á, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pojištěný bere na vědomí, že poskytování osobních údajů Pojistiteli je vždy dobrovolné, ale v případě jejich neposkytnutí není možné plnit smluvní závazky, ke kterým se tento souhlas vztahuje.

Ano Ne

Datum podpisu

Podpis pojištěné osoby

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Tento návrh dodatku předkládá pojištník se souhlasem pojištěného. Lhůta k přijetí dodatku ze strany pojistitele jsou dva měsíce ode dne doručení dodatku do sídla pojistitele, nejvýše však deset týdnů od doručení dodatku pojišťovacímu zprostředkovateli.

Dodatek je účinný dnem, kdy pojištník dostane oznámení o jeho přijetí ze strany pojistitele. Toto oznámení bude zasláno pojištníkovi, budou-li splněny všechny následující podmínky:

a) pojištníkem a pojištěným úplně, pravdivě a správně vyplněný a podepsaný

dodatek a další dokumenty požadované pojistitelem jsou doručeny do sídla pojistitele ve lhůtě pro přijetí dodatku, b) na základě ocenění rizik pojistitelem jsou splněny podmínky pojistitelnosti pro jednotlivá pojištěná rizika.

Pojistitel vystaví a zašle Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě na e-mailovou adresu pojištníka. Datum počátku pojištění je uvedeno v Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě. Bez podpisu pojištníka a souhlasu pojištěného není možné tento dodatek akceptovat.

Datum podpisu

Podpis pojištníka

Podpis pojištěné osoby

IDENTIFIKACE POJIŠTĚNÉHO

Doklad totožnosti: OP Cest. pas Číslo dokladu: _____ Platnost do: [][] . [][] . [][][][]

Tímto čestně prohlašuji, že jsem osobně provedl/a identifikaci pojištníka a pojištěného v souladu s příslušným ustanovením § 8 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Datum

Podpis VZ

Mezinárodní od základu

NOVIS je výjimečná pojišťovna postavená na inovativním přístupu k produktovému designu a novém obchodním modelu.

Náš globální ekosystém se neustále rozšiřuje. Nedávno byli do rodiny NOVIS přivítáni partneři a klienti ze Švédska, Litvy a Islandu. Máme silnou pozici pro další úspěchy na nových trzích, které se nám v blízké budoucnosti otevírají.

