

VIÐBÓTAR VÁTRYGGINGARBEIÐNI
(AMENDMENT TO THE PROPOSAL FOR
THE CONCLUSION OF AN INSURANCE CONTRACT)

Wealth Insuring

powered by





NOVIS SÖFNUNARLÍFTRYGGING – VIÐBÓTAR VÁTRYGGINGARBEIÐNI

NOVIS Wealth Insuring - AMENDMENT TO THE PROPOSAL FOR THE CONCLUSION OF AN INSURANCE CONTRACT

Vátryggingarbeiðni fyrir vátryggingasamning nr.
Amendment for the Insurance Contract nr.

1719

Kennitala vátryggðs:
Id.nr. of the insured person

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GTC-17190404

Dreifingaraðili á Íslandi:
Icelandic Master Broker

Tryggingar og ráðgjöf ehf

Nafn á söluumboði:
Name of the Sub-broker

Vátryggingaráðgjafi:
Agent name

Kennitala vátryggingarráðgjafa:
Agent social security nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Símanúmer vátryggingarráðgjafa:
Agent tel.nr.

Tölvupóstur vátryggingarráðgjafa:
Agent e-mail

VÁTRYGGÐUR / INSURED PERSON

KK / Mr. Kvk / Mrs.

Nafn:

Name

Kennitala:

Identification nr.

Heimili:

Address

Póstnr.:

Postal Code

Staður:

Place

Fæðingarstaður:

Place of birth

Ríkisfang (ef annað en íslenskt):

Nationality (if other than Icelandic)

Tölvupóstur:

E-mail

Sími/farsími:

Telephone/Mobile Telephone

Vinsamlega fyllið út ef að skattaskylda er ekki á Íslandi:
Please fill in case the insured tax residence is not Iceland:

Skattafesti vátryggðs er í (landi):
The jurisdiction of tax residence is (country)

UMBEDNAR VÁTRYGGINGARFJÁRHÆDIR / REQUESTED INSURANCE COVERAGE

Vátryggingarfjárhæð vegna andláts
Insurance sum for death

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

€

Upphaf vátryggingar:

Start of insured risks:

0	1	.		.	2	0	1	9
---	---	---	--	---	---	---	---	---

Vátryggingarfjárhæð vegna sjúkdóma, lækniáðgerða og langtíma umönnunar
Insurance sum for illnesses, operations and long term care

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

€

0	1	.		.	2	0	1	9
---	---	---	--	---	---	---	---	---

Vátryggingarfjárhæð vegna slysa, viðbótar slysatryggingar og andláts af slysförum
Insurance sum for accident, extended accident coverage and accidental death

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

€

0	1	.		.	2	0	1	9
---	---	---	--	---	---	---	---	---

Lágmarks vátryggingarfjárhæð fyrir hverja vátryggingavernd er EUR 10.000. Lágmarks samtala vátryggingarfjárhæða er EUR 20.000.
The minimum insured sum for individual risks is at least EUR 10.000. The minimum limit of the cumulative insurance sum is EUR 20.000.

ATHUGASEMDIR / NOTES

RÉTTTHAFAR VÁTRYGGINGARBÓTA VIÐ ANDLÁT HINS VÁTRYGGÐA / BENEFICIARIES IN CASE OF DEATH OF THE INSURED PERSON

Nafn Name	Tengsl við vátryggingartaka Relationship to the policyholder	Kennitala Social security number	Hlutfall Share
			%
			%
			%

EINFÖLD YFIRLÝSING UM HEILSUFAR / SIMPLIFIED MEDICAL EXAMINATION

Einföld yfirlýsing um heilsufar er fullnægjandi ef eftirfarandi skilyrði eiga við: Vátryggingarfjárhæð líftryggingar er ekki yfir EUR 20.000, aldur vátryggðs við vátryggingartöku er ekki hærri en 64 ára og engin önnur vátryggingavernd er innifalin í umbeðinni vátryggingu.

Getur þú með réttu undirritað neðangreinda yfirlýsingu?

Ég lýsi því hér með yfir að ég er að fullu vinnufær og fæ ekki eða hef ekki sótt um að fá bætur vegna skerðingar á vinnufærni eða færni til að afla launa, vegna starfsörorku, læknisfræðilegrar örorku eða langtíma læknismeðferðar.

Að auki staðfesti ég að ég hef ekki legið á sjúkrahúsi til læknismeðferðar á síðustu fimm árum og hef ekki fengið meðferð eða tekið lyf lengur en þrjár vikur í senn vegna sama sjúkdóms, læknisfræðilegra einkenna eða heilsufarslegs vandamáls.

Ég lýsi því yfir að eftirfarandi sjúkdómar eru ekki og hafa ekki verið greindir hjá mér: Illkynja ælissjúkdómar, sjúkdómar í taugakerfi, geðsjúkdómar, HIV sýking, hjartaáfall eða heilablæðing.

Röng yfirlýsing getur valdið skerðingu eða missi bótaréttar.

Já / Yes Nei / No

Dagsetning og undirritun vátryggðs

Date and signature of the insured person

Simplified medical examination is available in case following conditions are met: Maximum sum insured for death insurance EUR 20.000, maximum age at entry is 64 years, no additional insured risks.

Can you truthfully make the following declarations?

I hereby declare that I am fully able to work and have not applied for any benefits because of reduction in earning capacity, occupational disability or invalidity or long-term care.

In addition I confirm that I was not in inpatient treatment in the last five years and that I did not have treatment or that I was not on medication longer than three weeks uninterrupted because of the same diseases, appeals and health problems.

I declare that following disease did not occur or do not occur: Malignant tumor disease, disease of the nervous system, mental diseases, HIV infection, heart attack or stroke.

If the insured does not truthfully declare the requested information, he might lose his insurance benefits partially or in whole.

Ef yfirlýsingunni var svarað neitandi er nauðsynlegt að fylla út fulla heilsufarsyfirlýsingu hér að neðan.

If the declarations was answered „No“ a complete answering of the medical questions is required.

YFIRLÝSING VÁTRYGGÐS

Ég undirritaður staðfesti að ég hef kynnt mér vátryggingarskilmála söfnunarlíftryggingar NOVIS „Wealth Insuring“ nr. GTC-17190404, sem gildir um þann vátryggingarsamning sem þessi viðbót við vátryggingarbeiðni tekur til. Heilsufarsyfirlýsing mín er sönn og tæmandi.

Ég undirritaður lýsi yfir með undirritun minni og staðfesti að ég hef móttekið skjalið „Upplýsingar fyrir viðskiptavinum á vinnslu og vernd persónuupplýsinga“, sem gert er af NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., í tæka tíð áður en ég ritaði þessa umsókn um viðbót við vátryggingarsamning.

Ég lýsi því yfir að þekkingu allar nauðsynlegar upplýsingar sem vátryggðum einstakling ber að kynna sér áður en gengið er frá bindandi vátryggingarsamningi. Ég staðfesti jafnframt að hafa móttekið þessar upplýsingar á skriflegu formi.

Undirritun vátryggðs /
Signature of the insured person

Vátryggður lýsir yfir: Ég tek ekki þátt í að fjármagna hryðjuverk samkvæmt gildandi reglum um peningabætti, né er ég opinber persóna (Politically Exposed Person, PEP) í skilningi sömu reglna.

Undirritun vátryggðs /
Signature of the insured person

Jafnframt staðfesti ég að verði ég slík opinber persóna á vátryggingartímanum, mun ég láta NOVIS vita án tafar og fylla út viðeigandi spurningalista og yfirlýsingu.

Ennfremur staðfesti ég með undirritun minni að ég er ekki búsettur í Bandaríkjunum (USA), ég er ekki ríkisborgari Bandaríkjanna (USA) né er ég fæddur í Bandaríkjunum (USA).

Með undirritun minni staðfesti ég að allar upplýsingar sem ég hef gefið í þessari viðbót við vátryggingarumsókn eru sannar og tæmandi. Ef tengiupplýsingar breytast, sérstaklega tölvupóstfang eða símanúmer, hjá hinum vátryggða, ber að láta NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. vita án tafar.

DECLARATION OF THE INSURED PERSON

I hereby declare that I have familiarized myself with the general insurance terms and conditions of NOVIS „Wealth Insuring“ GTC-17190404 valid for the proposal for the conclusion of an insurance contract to which this amendment is concluded. The health questionnaire has been answered completely and truthfully.

I hereby declare with my signature and confirm that I took over in writing and received the document „Information for clients about the protection of personal data“, created by NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., in good time before writing this amendment to the proposal for conclusion of this insurance contract.

I declare that I have become familiar with all necessary information which the insured person must obtain before the insurance contract is concluded. At the same time, I confirm that I have received them in written form.

The insured person declares: I am not involved in financing terrorism in terms of valid money laundering laws; I am, in the sense of the money laundering regulations not a politically exposed person (PEP).

The insured person also undertakes that if he becomes a politically exposed person during the contractual relationship with the insurance company, he shall notify this fact without any delay to the insurance company and complete the Statement of the politically exposed person.

The insured person with his signature confirms and claims that he is not a US resident, he is not a US citizen, nor is his place of birth in the United States of America.

With my signature I confirm that all the information in this amendment is truthful and complete. If the contact details, especially email or telephone number of the insured person included in this amendment to the proposal for the conclusion of an insurance contract changes, the insured person is obliged to notify NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., without any delay.

SAMÞYKKI ER VARDAR PERSÓNUVERND / CONSENT FOR THE PERSONAL DATA PROCESSING FOR MARKETING PURPOSES

Ég undirritaður samþykki að tryggingafélagið NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., með lögheimili á Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slóvakíu, kennitala 47 251 301 (hér eftir „vátryggjandi“), sjálfstjórnun eða fyrir milligöngu samstarfsaðila sinna, sem að vátryggjandi birtir á vefsíðu sinni, muni vinna með persónuupplýsingar mínar að því marki sem þessi vátryggingarumsókn, með ofangreindu kenninúmeri, gefur tilefni til, í markaðsskygni, út samningstímann og í eitt ár frá því samningi lýkur. Ég heimila vátryggjanda að hafa samband við mig í framtíðinni með síma eða tölvupósti, til að veita ráð eða leggja inn tilkynningar, uppástungur eða tilboð. Jafnhliða er mér kunnugt að ég get afturkallað þetta samþykki hvenær sem er.

I agree that company NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., with its registered seat at Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovakia, Company ID No.: 47 251 301 (hereinafter only „Insurer“) itself or through its contractual partners, which the Insurer publishes on its website, will process my personal data to the extent provided in this document for the purposes of the Insurer's marketing activities and that is for the duration of this insurance contract and for one year after its termination. I allow the Insurer to contact me in the future by telephone and e-mail to advise and submit notices, suggestions and offers to me. At the same time, I am aware that I can withdraw this consent at any time.

Dagsetning

Date

Já / Yes Nei / No

Undirritun vátryggðs

Signature of the insured person

LOKAÁKVÆÐI / FINAL CLAUSE

Þessi viðauki við vátryggingarumsókn er lögð fram af vátryggingartaka ásamt vátryggðum. Vátryggingafélaginu ber skylda til þess að afgreiða umsóknina innan 8 vikna frá því hún berst til þess. Í því skyni þarf vátryggingafélaginu að berast, innan þess tímamarks, fullnægjandi, sannar og réttlæga útfylltan viðauka við vátryggingarumsókn og önnur skjöl sem það krefst. Ennfremur öll þau hugsanlegu læknagögn eða læknisskóðanir sem þarf að afla og niðurstaða þeirra að berast innan sama tímamarks.

This amendment is filed by the policyholder together with the insured person. The Insurance Company is obliged to process this amendment of the insurance contract in 8 weeks after it has been delivered to the Insurance Company's office. In order to do so the Insurance Company needs to receive within the period for acceptance of this amendment completely, truthfully and correctly filled and signed amendment and other documents requested by the Insurance Company. Also all the potential additional medical examinations needs to be done and its findings needs to be delivered in the same period.

Sú vátryggingavernd sem óskað er eftir í þessari viðbót við vátryggingarumsókn, tekur ekki gildi fyrr en vátryggingafélagið hefur samþykkt hana.

The insurance coverage requested by this amendment is not valid before this amendment of the insurance contract has been confirmed by the Insurance Company.

SAMÞYKKI FYRIR SAMSKIPTAMÁTA / AGREEMENT ON COMMUNICATIONS

Ég samþykki að allar tilkynningar er varða váttryggingarsamninginn í framtíðinni verði sendar á tölvupóstfang mitt og hafi sama gildi eins og hefði verið sent skriflega á pappír.
I allow that all notices concerning my insurance contract in the future will be sent to my e-mail address and have the same legal effect as submitted in writing.

SAMÞYKKI FYRIR VINNSLU HEILSUFARSUPPLÝSINGA / CONSENT FOR THE PERSONAL DATA PROCESSING REGARDING HEALTH STATUS

Ég undirritaður samþykki að tryggingafélagið NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slóvakia, kt. 47 251 301 (héðan í frá nefnt "váttryggjandi", sem ábyrgðaraðili, muni vinna með persónulegar heilsufarsupplýsingar mínar, undir kenninúmeri hér að ofan, við samningsgerð um þennan váttryggingarsamning, rekstur váttryggingarsamningsins, tjónsuppgjör hans, og ef nauðsynlegt, endurmati á áhættu hans, allt á gildistíma váttryggingarsamningsins með ofangreint kenninúmer. Ég veiti þetta samþykki mitt á meðan samnings sambandi mínu stendur við váttryggjanda og í 5 ár eftir að samnings sambandi við hann lýkur. Mér er kunnugt um að ég get afturkallað þetta samþykki mitt hvenær sem. Framlagning persónuupplýsinga minna er gerð af sjálfsdáðum, en séu þær ekki lagðar fram, er ekki hægt að efna samnings skyldurnar sem þetta samþykki nær til.

I agree that the insurance company NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovakia, Company ID No.: 47 251 301 (hereinafter as "Insurer"), as the Controller, will process my personal health data prior to the conclusion of the insurance contract with the number mentioned above for the purpose of the conclusion of this insurance contract, executing its subsequent administration, for the purpose of the settlement the claim and, if necessary, for the re-underwriting processed within the duration of the insurance contract with the above given number.

I grant this consent for the duration of the contractual relationship with the Insurer and for a period of five years after the termination of the contractual relationship with the Insurer. I am aware that I can withdraw this consent at any time. I note that the providing Insurer with the personal data is always voluntary, but in the event of failure to provide it, it is not possible to fulfill the contractual obligations to which this consent applies.

Já / Yes Nei / No

Dagsetning

Date

Undirritun váttryggðs

Signature of the insured person

I confirm hereby in writing that I allow the Insurer to process my personal data which is submitted in this insurance proposal and health questionnaire as well as its function in the future. I hereby give my consent that the Insurer is permitted to share this information with related parties as necessary such as Insurance Broker, Agents, Reinsurance Companies and fiduciary doctor, provided that these parties are bound by relevant legislation on Personal Data Protection or Special laws relating to absolute confidentiality. I realize I can revoke this consent in writing at any time and demand all my personal data to be handed back to me, however resulting in possible interruption in the normal proceedings of the insurance contract. I hereby authorize doctors, hospitals, Icelandic Health Insurance, Icelandic Social Security Administration and any other which have possession of my medical records, to send such to NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. at their request, or to their fiduciary doctor, which are necessary for underwriting or claims settlement. This permission is fully valid after my death. I relieve all above mentioned institutions of the obligation for professional secrecy with regard to NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s..

Já / Yes Nei / No

Dagsetning

Date

Undirritun váttryggðs

Signature of the insured person

UNDIRRITANIR / SIGNATURES

Ég staðfesti að hafa fengið eftirfarandi skjöl:

I hereby confirm the receipt of the following documents:

Upplýsingar um vinnslu og vernd persónuupplýsinga
Information for clients about the personal data protection

Viðbótarskjöl vegna heilsufarsyfirlýsingar
Supplementary sheet for the health questionnaire

Íslensk lög gilda um þennan viðauka við váttryggingarsamning og váttryggingarsamninginn sjálfan.

Icelandic law applies to this amendment as well as to the insurance contract.

Staður og dagsetning

Place and date

Undirritun váttryggðs

Signature of the insured person

Undirritun váttryggingartaka

Signature of the policyholder

AUÐKENNING VÁTTRYGGÐS SAMKVÆMT REGLUM UM PENINGAÞVÆTTI OG UNDIRRITUN RÁÐGJAFNA / IDENTIFICATION OF THE INSURED PERSON AND SIGNATURE OF AGENT

Persónuskilríki váttryggðs samkvæmt reglum um peningabætti.

Identification of the insured person according to Anti Money Laundering Regulations.

Númer persónuskilríkis

Identification No. of document

Útgáfustaður skilríkis

Issuing Location

Í gildi til

Valid until

Váttryggingartaki hefur lagt fram skilríki

The insured person has provided identity with

Persónuskilríki
Personal ID

Vegabréf
Passport

Útgefandi skilríkis

Issuing Authority

Útgáfuland skilríkis

Issuing Location

I, the agent, confirm the information of the policyholder required for the determination of identification has been provided with this person present. I have examined the correctness of the data and signature(s) on the basis of the identification document submitted to me. The information is confirmed by me as applicable. Furthermore, there are no risk-increasing circumstances known, of such are not attached in a separate report.

Undirritun ráðgjafa

Agent signature

Staður og dagsetning

Place and date



Alþjóðlegur bakgrunnur

NOVIS er einstakt váttryggingafélag með framsækna nálgun í vöruhönnun og nýtt viðskiptamódel. Viðskiptasvæði félagsins fer sístækkandi. Nýlega voru nýir samstarfsaðilar og viðskiptavinir í Svíþjóð, Litháen og Íslandi boðnir velkomnir í NOVIS fjölskylduna. Við erum í sterkri stöðu til að halda áfram farsælli sögu okkar í fleiri löndum í náinni framtíð.

NOVIS is a unique insurance company driven by its innovative approach to product design and a novel business model. Our global ecosystem is continuously expanding. Recently, partners and clients from Sweden, Lithuania and Iceland were welcomed into the NOVIS family. We are strongly positioned for more success stories in new locations opening to us in the near future.

