BEST FUTURE

powered by

novis

The new world of insurance

BROKERIA

the best way for you

DODATOK PRE POISTENÚ OSOBU

VÁŠ DODATOK PRE ĎALŠIU POISTENÚ OSOBU „BEST FUTURE"

1019
Číslo návrhu PZ

Názov SFA Brokeria, a.s.
Reg. číslo SFA 216132
Meno PFA
Reg. číslo PFA
Telefón/Mobil PFA
E-mail PFA

POISTENÁ OSOBA

Titul
Dátum narodenia __.__.____
Meno
Rodné číslo
Priezvisko
Občianstvo
Ulica, číslo
Miesto narodenia
PSČ
Telefón / Mobil
Obec
E-Mail
Korešpondenčná adresa

Informácie o daňovej rezidencii (len ak nie je v SR): Krajina daňovej rezidencie
Daňové číslo

ŽELANÉ POISTNÉ KRYTIE

Minimálna poistná suma pre jedno riziko je 5.000 €. Minimálna kumulatívna poistná suma poistnej zmluvy pre prípad smrti je 5.000 €. Minimálna kumulatívna poistná suma celej poistnej zmluvy je 20.000 €.

Technický začiatok poistenia 01.__.20__

Poistenie pre prípad smrti	000 €
Plnohodnotné poistenie v dôsledku úrazu[1]	000 €
Poistenie chorôb a operácií[2]	000 €
Poistenie invalidity[3]	000 €

1 *Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a práceneschopnosť v dôsledku úrazu.*
2 *Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia a práceneschopnosť v dôsledku choroby.*
3 *Je možné uzavrieť iba od 18 do 64 rokov.*

POZNÁMKY

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul	Dátum narodenia	Podiel v %
		%
		%
		%
		%

celkom 100 %

ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU:

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre poistenie smrti najviac 30.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, najvyšší vek pri ukončení zmluvy (premenení zmluvy na dôchodok) 75 rokov, žiadne iné poistené riziká.

Môžete pravdivo skonštatovať nasledovné?

Čestne **prehlasujem**, že v tomto momente nemám zníženú práceschopnosť a nepoberám ani som nepožiadal/a o poberanie dávok z dôvodu zníženej práceschopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodobej opatery.

Zároveň **potvrdzujem**, že som nebol/a hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov a že som sa v období posledných 5 rokov ani neliečil/a a ani neužíval/a lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb.

Potvrdzujem, že som nemal/a a ani nemám nasledujúce ochorenia: malígne nádorové ochorenia, ochorenia nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda.

◯ Áno ◯ Nie

Dátum
Podpis poistenej osoby

Ak je odpoveď na čestné prehlásenie „NIE", je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka, ktorý je priložený k tomuto dodatku pre poistenú osobu.

Original pre poisťovňu; 1. kópia pre poisťovacieho sprostredkovateľa; 2. kópia pre klienta

VYHLÁSENIA POISTENEJ OSOBY

Prehlasujem, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poistnými podmienkami pre „BEST FUTURE“ platnými pre Návrh na uzavretie poistnej zmluvy, ku ktorej sa tento dodatok zjednáva.

Splnomocňujem spoločnosť NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poisťovňa a.s. (ďalej len poistiteľ), aby podľa potreby preverovala môj zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil/a, liečim sa a budem sa liečiť. Splnomocňujem svoju zdravotnú poisťovňu, lekárov a zdravotnícke zariadenia k vyhotoveniu lekárskych správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom uzatvorenia a zmien poistnej zmluvy a pre vybavenie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poistiteľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval/a svoj zdravotný stav.

Svojim podpisom **čestne prehlasujem a potvrdzujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto dodatku k návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy s vyššie uvedeným číslom v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov“ vytvorený poistiteľom.

Ak poistený nesúhlasí s niektorým z nasledujúcich dvoch vyhlásení, označí ho krížikom na vyznačenom mieste inak platí, že súhlasí:

Poistený svojim podpisom na tomto návrhu dodatku k poistnej zmluve **potvrdzuje a čestne prehlasuje**, že nie je politicky exponovanou osobou v zmysle právnych predpisov a opatrení platných proti legalizácii výnosov z trestnej činnosti a financovania terorizmu a zároveň sa zaväzuje, že ak sa v priebehu trvania zmluvného vzťahu s poistiteľom takouto osobou stane, oznámi túto skutočnosť bez zbytočného odkladu poistiteľovi a vyplní Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

Nesúhlasím ◯

Poistený svojim podpisom na tomto návrhu **potvrdzuje a čestne prehlasuje**, že nie je daňovým rezidentom USA, nie je občanom USA a ani jeho miesto narodenia nie je v USA.

Nesúhlasím ◯

Svojim podpisom **potvrdzujem**, že všetky údaje v návrhu dodatku k poistnej zmluve sú uvedené pravdivo a úplne.

Akékoľvek zmeny týkajúce sa vyhlásenia poisteného, či údajov uvedených v dodatku k návrhu na uzavretie poistnej zmluvy je poistený povinný oznámiť poistiteľovi, a to bez zbytočného odkladu.

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Súhlasím, aby poistiteľ sám alebo prostredníctvom svojich zmluvných partnerov, ktorých Poistiteľ zverejňuje na svojom webovom sídle, spracúvala moje osobné údaje v rozsahu poskytnutom v dodatku k poistnej zmluve s číslom uvedeným vyššie, pre účely marketingových činností Poistiteľa a to počas trvania tejto poistnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

◯ Áno ◯ Nie

Dátum a podpis poistenej osoby

NÁVRH DODATKU K POISTNEJ ZMLUVE OBSAHUJE NASLEDUJÚCE PRÍLOHY

Počet príloh ☐☐ ◯ Kópia dokladu totožnosti ◯ Zdravotná dokumentácia ◯ Zdravotný dotazník

Iné

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Tento návrh dodatku dáva poistený spolu s poistníkom. Lehota na prijatie návrhu dodatku zo strany poisťovne je dva mesiace odo dňa doručenia návrhu dodatku do sídla poisťovne, najviac však desať týždňov od podpísania návrhu dodatku poistníkom a poisteným. Dodatok je platný dňom keď poistník dostane oznámenie o prijatí svojho návrhu. Toto oznámenie bude poslané poistníkovi ak budú splnené všetky nasledujúce podmienky:

a) úplne, pravdivo a správne vyplnený a podpísaný návrh dodatku a ďalšie dokumenty požadované poisťovňu sú doručené do sídla poisťovne v lehote na prijatie návrhu dodatku,

b) na základe ocenenia rizík poisťovňou sú splnené podmienky poistiteľnosti pre jednotlivé poistené riziká. Poistiteľ zašle oznámenie o uzatvorení dodatku na emailovú adresu poistníka uvedenú v Návrhu na uzavretie poistnej zmluvy. Dátum začiatku poistenia je uvedený na potvrdení o uzavretí poistnej zmluvy. Bez podpisov poistníka a poisteného nie je možné návrh dodatku akceptovať.

Dátum | Podpis poistníka | Podpis poisteného

IDENTIFIKÁCIA POISTENEJ OSOBY

Preukaz totožnosti: ◯ OP ◯ Cest. pas Číslo dokladu: Dátum platnosti: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Týmto čestne prehlasujem, že som osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poistenej osoby v súlade s §7 a §8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dátum | Podpis PFA

Medzinárodná od základu

NOVIS je výnimočná poisťovňa postavená na inovatívnom prístupe k návrhu produktov a novom obchodnom modeli.

Náš globálny ekosystém sa kontinuálne rozrastá. Nedávno sme v našej NOVIS rodine privítali partnerov a klientov zo Švédska, Litvy a Islandu. Sme veľmi dobre pripravení na ďalšie úspechy v nových krajinách, ktoré sa nám otvárajú v blízkej budúcnosti.

SK-0419