

Name der Vermittlerorganisation _____

Name des Beraters _____

Vermittlerorganisation-Nr. _____

Berater-Nr. _____

ÄNDERUNG PERSÖNLICHER DATEN

Vorname _____

Herr Frau

Nachname, Titel _____

Staatsbürgerschaft _____

Straße, Nr. _____

Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____

Land der Steueransässigkeit _____

Änderung zum ____ . ____ . ____

ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIE

Laufende Prämie (bis Eintrittsalter 15 mind. 30 €/ Monat bei Wealth Insuring Kids; bis Eintrittsalter 40 mind. 60 €/ Monat; ab 41 mind. 100 €/ Monat) €

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

DYNAMIK

Ich nehme die Dynamisierung nicht an.

ÄNDERUNG GEWÜNSCHTER VERSICHERUNGSSCHUTZ DES VERSICHERUNGSNEHMER

Für die einzelnen Versicherungsrisiken beträgt die Versicherungssumme mindestens 10.000,- €. Die Mindestgrenze der kumulativen Versicherungssumme ist 20.000,- €.

Für die Änderungen des Versicherungsschutz einer weiteren versicherten Person reichen Sie bitte pro Person das Formular „Zusatzblatt“ ein.

Versicherungssumme bei Ableben* €

Versicherungssumme bei Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit €

Versicherungssumme bei Unfall, erweiterte Unfalldeckung und Unfalltod €

NOVIS Überlebensbonus: Ja Nein

Falls der Versicherungsschutz für mindestens eine Versicherungsart erhöht werden soll, füllen Sie bitte den medizinischen Fragebogen auf Seite 2 vollständig aus.

ÄNDERUNG ALLOKATIONSVERHÄLTNIS ZWISCHEN NOVIS VERSICHERUNGSFONDS

NOVIS Garantiert-Wachsender Versicherungsfonds**	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Gleichmäßige Aufteilung der Versicherungsfonds
NOVIS ETF Aktien Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
NOVIS Gold Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Nicht begrenzte Zuteilung für NOVIS Garantiert-Wachsender Versicherungsfonds (Art 7.1 a) der AVB).
NOVIS Unternehmens Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
NOVIS Hypotheken Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
NOVIS Family Office Versicherungsfonds***	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
NOVIS World Brands Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
NOVIS Digital Assets Versicherungsfonds	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
GESAMT	100 %	** min. 10%, max. 30%, *** max. 70%

ÄNDERUNG SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

Zahlungsempfänger: NOVIS Versicherungs-AG, Niederlassung Österreich Kärntnerring 4, 1010 Wien

Gläubiger-ID: **AT741700000198094498** Mandatsreferenz: **Die Versicherungsvertragsnummer wird als Ihre Mandatsreferenz verwendet.**

Ich ermächtige die NOVIS Versicherungs-AG, Niederlassung Österreich (NOVIS) Kärntnerring 4, 1010 Wien, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von NOVIS auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

Name und Anschrift Zahlungspflichtiger _____

IBAN _____ BIC/SWIFT _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

ÄNDERUNG BEZUGSBERECHTIGTE PERSONEN FÜR DEN TODESFALL DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Vor- und Nachname, Titel	Geburtsdatum	Anteil
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

Summe: 100%

VEREINFACHTE GESUNDHEITSPRÜFUNG:

Die nachstehende „vereinfachte Gesundheitsprüfung“ ist nur dann möglich, wenn ausschließlich das Versicherungsrisiko „Ableben“ (keine Zusatzdeckungen Unfall oder Krankheiten) beantragt wird, die maximale Versicherungssumme 30.000 € nicht übersteigt, das maximale Eintrittsalter 64 Jahre und das maximale Endalter 75 Jahre sind.

Erklärung zur vereinfachten Gesundheitsprüfung

Können Sie folgende Erklärung wahrheitsgemäß abgeben?

Hiermit erkläre ich, dass ich derzeit voll arbeitsfähig bin und keine Leistungen wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit erhalte oder beantragt habe.

Ferner bestätige ich, dass ich in den letzten 5 Jahren nicht in stationärer Behandlung war und nicht länger als 3 Wochen ununterbrochen wegen derselben Erkrankung, Beschwerden

oder Gesundheitsstörung behandelt wurde oder Medikamente eingenommen habe.

Ich versichere, dass folgende Erkrankungen nicht bestanden oder bestehen: Bösartige Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche, HIV-Infektion, Herzinfarkt, Schlaganfall. Ja Nein

Datum, Unterschrift der zu versichernden Person

Sofern die Erklärung mit Nein beantwortet wird, ist das Ausfüllen der auf dieser Seite angeführten Gesundheitsfragen erforderlich.

GESUNDHEITSPRÜFUNG

Derzeitige berufliche Tätigkeit Sind Sie Mutter oder Vater? Ja Nein

Größe und Gewicht cm kg Sind Sie Raucher? Ja Nein Anzahl Zigaretten / Zigarren pro Tag Nein (ich habe die letzten 12 Monate nicht geraucht)

Ich betreibe folgende Sportarten: Freizeitsport:

Semi-Profisport:

Profisport:

		Ja	Nein			Ja	Nein
1.	Bestehen bereits bei anderen Gesellschaften Lebens-, Unfall- oder (private) Kranken(zusatz)versicherungen oder wurden solche gleichzeitig beantragt? Falls ja, nennen Sie bitte Gesellschaft, Art und Höhe der Versicherung sowie das Datum der Antragstellung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.	Die nachstehend in Klammern aufgeführten Erkrankungen oder Funktionsstörungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sind nur Beispiele für mögliche Erkrankungen bezogen auf das jeweilige Organ! Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, Unfall- oder (private) Kranken(zusatz)versicherung von anderen Gesellschaften abgelehnt, zurückgestellt oder nur mit Erschwerung (z.B. Beitragszuschlag, Staffelung oder einschränkender Klausel) angenommen? Falls ja, nennen Sie bitte die Gesellschaft, das Datum der Antragstellung sowie die Art der Erschwerung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a)	des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappenanomalien, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Angina Pectoris, Krampfadern, Thrombose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sind Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit gefährlichen oder entflammenden Substanzen, längerer Aufenthalt von mehr als 6 Monaten in Ländern außerhalb Europas, Ausübung von gefährlichen Sportarten wie Motor-, Segel- oder Drachenflug, Fallschirmspringen, Tauchen, Bergsport, Kampfsport, Motorsport oder Teilnahme an Rennveranstaltungen) oder üben Sie andere Sportarten regelmäßig aus oder nehmen Sie an Wettbewerben teil? Falls ja, führen Sie bitte nähere Details dazu an (Wenn notwendig werden zusätzliche Fragebögen bereitgestellt).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b)	des Nervensystems oder der Psyche (z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Anfälle, Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmung, Parkinson-Krankheit, Alzheimerkrankheit, seelische Störungen, Suizidversuche, Angststörungen, Depressionen, Psychosen, Essstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angedacht? Falls ja, wann und aus welchem Grund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c)	des Blutes , des Lymphsystems oder der Milz (z.B. Anämie, Blutgerinnungsstörung, Hämophilie, Leukämie, Blutbildveränderungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Bestehen chronische Erkrankungen oder körperliche/geistige Beeinträchtigungen (z.B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen, Infektionen oder Unfällen, Amputationen)? Falls ja, bitten wir um nähere Angaben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	d)	der Atmungsorgane (z.B. Atemnot, Embolie, Asthma, Tuberkulose, Heuschnupfen, chronische Bronchitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum (mehr als 2 Wochen) Medikamente, Schlaf- oder Beruhigungsmittel? Falls ja, welche, in welcher Menge und in welchem Zeitraum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	e)	der Augen oder Ohren (z.B. Sehstörungen, Sehbehinderung, grauer Star, Blindheit, Tinnitus, Gehörstörungen, Taubheit). Bei Fehlsichtigkeit bitte Dioptrien links/rechts angeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Rausch- (z.B. Alkohol), Betäubungsmittel, Drogen oder Spielsucht stattgefunden? Falls ja, weswegen und in welchem Zeitraum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	f)	des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Funktionsstörungen der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke, der Muskeln, Sehnen, Gelenke und/oder Bänder, Beinverkürzung, Fehlen von Gliedmaßen, sowie Knochenkrankheiten, welche die normale Bewegung beeinträchtigen und den permanenten Gebrauch orthopädischer Hilfsmittel erfordern (z.B. Rollstuhl, Krücken, Orthese, Wirbel-Fixateur, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Beziehen oder bezogen Sie eine Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Unfall oder wurde eine solche beantragt? Falls ja, bitte machen Sie weitere Angaben (z.B. Grund und Grad der Erwerbsminderung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	g)	des Magen-Darm-Traktes: der Speiseröhre (z.B. Refluxkrankheit), des Magens (z.B. Magengeschwüre, chronische Gastritis), des Darms (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zwölffingerdarmgeschwüre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren für einen Zeitraum von mehr als 21 Tagen zusammenhängend arbeitsunfähig oder besteht derzeit Arbeitsunfähigkeit? Falls ja, führen Sie bitte den Zeitpunkt, die Dauer sowie den Grund an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	h)	der Nieren (z.B. Nierenzysten, -steine), der Harn- und Geschlechtsorgane , der Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Bestehen oder bestanden Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden: Krebs, Tumore oder Geschwülsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	i)	der Leber, Drüsen oder des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Leberwerte, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen oder andere Erkrankungen der innersekretorischen Drüsen) oder rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				j)	des Immunsystems oder chronische Infektions- oder Viruserkrankungen (z.B. angeborener Immundefekt, Hepatitis, Tropenkrankheit, Fieberschübe unklarer Ursache?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				k)	der Haut (z.B. Ekzem, Juckreiz, Neurodermitis, Rötung, Allergien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				12.	Wurden bei Ihnen bei speziellen Untersuchungen nicht normale Ergebnisse festgestellt (z.B. EKG, EEG, Röntgen, Blutdruckmessung, Labor)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				13.	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ausführliche Angaben zu den Gesundheitsfragen, die mit JA beantwortet wurden: Bitte führen Sie die Nummer der Frage, die Behandlungsweisen, Behandlungsbeginn und -ende oder noch in Behandlung, beschwerdefrei, die genaue Beschreibung der Erkrankung und deren Verlauf sowie die Anschrift des behandelnden Arztes an. Für weitere Angaben nutzen Sie bitte Zusatzblätter (vermerken Sie auf Seite 3 wie viele) und legen Sie diese dem Antrag bei.

Frage Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerde, Veränderung, Versicherungsprodukte	Wann? Wie lange?	Name und Anschrift des Arztes / Krankenhauses / Versicherungsunternehmens

ANDERE ÄNDERUNGEN

Bitte führen Sie alle Änderungen zum ____ . ____ . ____ aus.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer
bzw. Erziehungsberechtigter

Ich als Vermittler bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Antragstellers in dessen persönlicher Anwesenheit vorgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand des mir vorgelegten Ausweises resp. Handelsregisterauszuges überprüft. Die aufgenommenen Angaben werden von mir als zutreffend bestätigt. Des Weiteren sind keine weiteren risikoh erhöhenden Umstände bekannt, sofern solche nicht in einem gesonderten Bericht beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Beraters, Beraternummer