

Název pojišťovacího agenta (PA)

Reg. číslo PA

ŽÁDOST O ZMĚNU ÚDAJŮ POJISTNÉ SMLOUVY DÁVÁ POJISTNÍK

Titul Jméno a příjmení
RČ

ZMĚNA ÚDAJŮ SE TÝKÁ OSOBY

Titul Jméno a příjmení
RČ

ŽÁDOST O ZMĚNU OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Nový titul Nové jméno Nové příjmení
Nový doklad totožnosti OP / Pas*
Nová adresa Trvalý pobyt / Korespondenční adresa*
Nové kontaktní údaje E-mail / Telefon*
Jiné:
*nehodící se škrtněte

NOVÉ ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

V případě navýšení pojistných sum nebo připojištění nových pojistných rizik je nutné vyplnit Zdravotní dotazník na 2. straně této žádosti

Pojištění pro případ smrti Kč

Plnohodnotné pojištění v důsledku úrazu¹ Kč

Pojištění nemocí a operací² Kč

Pojištění pro případ invalidity Kč

Pojištění zproštění od povinnosti platit běžné placené pojistné ☐ Ano ☐ Ne

Nové Běžné placené pojistné (BPP; min. 500 Kč) Kč

Plánované běžné placené pojistné (PBPP) Kč

NOVIS Bonus za přežití* ☐ Ano ☐ Ne

Mám zájem o uplatnění daňového odpočtu ☐ Ano ☐ Ne

Při označení „ano“ pojistníkovi nebude umožněna výplata jiného příjmu z pojistné smlouvy, který není pojistným plněním ve smyslu Zákona o daních z příjmu, a který neznamená zánik pojistné smlouvy.

Pojistná doba³ ☐ doživotní nebo do věku: let.

Minimální pojistná částka pro jedno riziko je 100.000 Kč. Minimální kumulativní pojistná částka pojistné smlouvy pro případ smrti je 100.000 Kč. Minimální kumulativní pojistná částka celé pojistné smlouvy je 500.000 Kč.

NOVÉ ROZDĚLENÍ INVESTOVANÉHO POJISTNÉHO

Žádám o rovnoměrné rozdělení alokačního poměru ☐ Ano ☐ Ne

Alokace do žádného pojistného fondu nesmí přesáhnout 50 %.

NOVIS Fixed Income Pojistný fond	%
NOVIS Global Select Pojistný fond	%
NOVIS Sustainability Pojistný Fond	%
NOVIS Garantovaně Rostoucí Pojistný Fond	%
NOVIS ETF Akciový Pojistný Fond	%
NOVIS Gold Pojistný Fond	%
NOVIS Hypoteční Pojistný Fond	%
NOVIS Podnikatelský Pojistný Fond	%
NOVIS Family Office Pojistný Fond	%
NOVIS World Brands Pojistný Fond	%
NOVIS Digital Assets Pojistný Fond	%
CELKEM	100 %

¹ Obsahuje krytí pro trvalé následky v důsledku úrazu, smrt způsobenou úrazem, rozšířené úrazové krytí (doba nezbytné léčby úrazu) a pracovní neschopnost v důsledku úrazu (dle verze VPP).

² Obsahuje krytí pro závažná onemocnění, operace v důsledku nemoci, hospitalizaci a pracovní neschopnost v důsledku nemoci (dle verze VPP).

³ Platí pro všechna pojištění a všechny pojištěné osoby.

NOVÉ OBMYŠLENÉ OSOBY V PŘÍPADĚ SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Příjmení, jméno, titul	Datum narození	Podíl v %
		%
		%
		%

* Pokud je v pojistné smlouvě dohodnut „NOVIS Bonus za přežití“, jsou obmyšlenými osobami pro výši salda účtu pojistné smlouvy pojistníci, kteří mají sjednaný tento Bonus v době vzniku pojistné události. Zároveň jsou dalším obmyšleným osobám vyplaceny pojistné částky pro případ smrti a smrti způsobenou úrazem, pokud byly v pojistné smlouvě sjednány.

celkem 100 %

ZJEDNODUŠENÉ PROVĚŘENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Zjednodušené prověření zdravotního stavu je možné využít při splnění následujících podmínek: pojistná částka pro pojištění smrti nejvíce 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 stěžných zdravotních problémů nebo nemocí.

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

☐ Ano ☐ Ne

Datum a podpis

Pokud je odpověď na čestné prohlášení „NE“, je nutné zodpovědět všechny otázky zdravotního dotazníku na této straně.

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Prosíme vyplňte řádně, pravdivě a úplně odpovědi na všechny níže uvedené otázky. V opačném případě může být v budoucnu sníženo nebo odmítnuto pojištění plnění nebo i zrušena pojistná smlouva.

Povolání

Jste matka nebo otec? ☐ Ano ☐ Ne Výška a váha _____ cm _____ kg

Kouření ☐ Ano: počet cigaret/doutníků za den _____ ☐ Ne (minimálně za posledních 12 měsíců jsem nekouřil/a)

Sport ☐ žádný ☐ rekreačně _____

☐ poloprofesionálně ☐ profesionálně _____

	Ano	Ne
1. Máte uzavřeno životní, úrazové, zdravotní anebo jiný druh pojištění u jiné pojišťovny? Pokud ano, uveďte prosím druh a rozsah pojištění a také název pojišťovny.	☐	☐
2. Zamítla anebo akceptovala s jakoukoli výhradou v posledních pěti letech některá pojišťovna Vaše životní, úrazové anebo zdravotní pojištění? Měl/a jste někdy stanovenou výluku v některé části pojištění? Pokud ano, uveďte prosím druh, rozsah pojištění, důvod a také název společnosti.	☐	☐
3. Jste vystaven/a v zaměstnání anebo ve svém volném čase nějakému osobnímu riziku? (např. nebezpečné a hořlavé látky, výkon rizikových sportů – parašutismus, paragliding, soukromé motorové letadlo, vzdušný kluzák, potápění, horské sporty, bojová umění, motosporty,...). Vykonáváte jiné sportovní disciplíny pravidelně anebo se zúčastňujete soutěží? Plánujete pobyt delší než 6 měsíců v zemích mimo Evropu? Pokud ano, prosím specifikujte (v případě potřeby Vám zašleme samostatný dotazník).	☐	☐
4. Byl/a jste v posledních pěti letech operován/a, hospitalizován/a anebo léčen/a? Je u Vás nějaká operace, hospitalizace anebo léčba plánována? Pokud ano, prosím specifikujte kdy a z jakého důvodu.	☐	☐
5. Existují u Vás chronická onemocnění anebo fyzické/mentální postižení, vrozené vady, následek chirurgického zákroku, infekce nebo úrazu? Pokud ano, uveďte prosím od kdy, léčbu a komplikace.	☐	☐
6. Užíváte anebo jste v posledních pěti letech dlouhodobě pravidelně užíval/a léky z důvodu zdravotních problémů, bolestí, onemocnění nebo úrazů? V uvedeném rozsahu dlouhodobě znamená více než 2 týdny. Pokud ano, uveďte prosím název, dávkování léku a délku užívání.	☐	☐
7. Bylo Vám někdy doporučeno nebo jste se podrobil/a léčbě v důsledku užívání alkoholu, léků anebo jiné závislosti (např. gamblerství a jiné)? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho, důvod a druh závislosti.	☐	☐
8. Byl/a jste příjemcem nebo pobíráte invalidní důchod, je u Vás zahájeno řízení o přiznání invalidního důchodu, případně máte změněnu pracovní schopnost? Pokud ano, uveďte prosím důvod a od kdy do kdy.	☐	☐
9. Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti déle než 21 dní nebo jste v současné době v pracovní neschopnosti? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho a důvod.	☐	☐
10. Jste anebo byl/a jste někdy léčen/a anebo hospitalizován/a za posledních pět let pro níže uvedená onemocnění, poruchy zdraví nebo jste příznaky těchto onemocnění, respektive poruch zdraví pozoroval/a? Onemocnění nebo choroby uvedené v závorkách slouží jako příklady možných onemocnění konkrétního orgánu, nejde o úplný výčet. Uveďte i případné jiné choroby příslušného orgánu.		
a) Srdce, cévní systém a krevní oběh (např. vysoký, kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, bušení srdce, srdeční šelest, ischemická choroba srdce, bolest na prsou, infarkt myokardu, angina pectoris, křečové žíly, trombózy a jiné).	☐	☐
b) Nervový systém a psychika (např. časté bolesti hlavy, migrény, závratě, záchvatové poruchy, epilepsie, roztroušená skleróza, ochrnutí, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, duševní poruchy, úzkost, deprese, psychóza, poruchy příjmu potravy a jiné).	☐	☐
c) Krev, lymfatický systém a slezina (např. anémie, poruchy srážlivosti krve, hemofilie, leukémie, změny v krevním obraze, onemocnění sleziny a jiné).	☐	☐
d) Dýchací systém (např. dýchavičnost, embolie, astma, tuberkulóza, senná rýma, chronický zánět průdušek a jiné).	☐	☐
e) Oči a uši (např. rozmazané vidění, zhoršení zraku, oční zákal, slepota, hučení v uších, ztráta sluchu, hluchota a jiné). Pokud nosíte brýle nebo kontaktní čočky, uveďte počet dioptrií na každém oku zvlášť.	☐	☐

	Ano	Ne
f) Pohybový aparát (např. onemocnění páteře, meziobratlových plotének, kloubů, svalů, šlach nebo vazů, artróza, zkrácení nohy, absence končetin, ortopedické vady omezující běžné pohyby nebo vyžadující trvalé používání ortopedických pomůcek, např. invalidní vozík, berle, ortéza, fixátor páteře a jiné).	☐	☐
g) Gastrointestinální trakt: onemocnění jícnu – např. refluxní onemocnění, varixy a jiné, žaludek – např. vředová choroba, gastritida a jiné, střeva – např. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, vředové onemocnění a jiné.	☐	☐
h) Ledviny, močovo-pohlavní systém a prostata (např. záněty, kameny, cysty, onemocnění prostaty a jiné).	☐	☐
i) Játra, žlázy a metabolismus (např. cukrovka, zvýšený cholesterol, zvýšené jaterní testy, DNA, štítná žláza a jiná onemocnění žláz s vnitřní sekrecí) a revmatoidní onemocnění.	☐	☐
j) Imunitní systém, chronická infekční a virová onemocnění (např. vrozená porucha imunity, hepatitida, tropické choroby, horečky z neznámé příčiny a jiné).	☐	☐
k) Kůže (např. ekzém, svědění, začervenání, alergie a jiné).	☐	☐
l) Gynekologická onemocnění a onemocnění prsou (např. cysty, myomy, adenomy, polypy, dysplazie, poruchy menstruačního cyklu, léčba neplodnosti, císařský řez, rizikové těhotenství, mimoděložní těhotenství a jiné).	☐	☐
11. Máte anebo měl/a jste onkologické či jiné nádorové onemocnění (např. zhoubné i nezhoubné, cysty, myomy a jiné)?	☐	☐
12. Podrobil/a jste se radioterapii, chemoterapii nebo Vám byly zjištěny abnormální výsledky specializovaných vyšetření (např. CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, měření krevního tlaku, laboratorní testy a jiné)? Pokud ano, uveďte prosím podrobnosti.	☐	☐
13. Bylo Vám provedeno nebo probíhá u Vás vyšetření na zjištění HIV/AIDS? Pokud ano, uveďte prosím důvod, od kdy, výsledek, případně léčbu.	☐	☐

Doplňující informace týkající se zdravotního stavu:

Druh onemocnění/potíží	Kdy? Jak dlouho?	Jméno a adresa lékaře/nemocnice v případě vyšetření

JINÁ ŽÁDANÁ ZMĚNA:

PODPISY

Svým podpisem potvrzuji, že jsem všechny údaje uvedl/a pravdivě a úplně.

Datum podpisu	Podpis pojistníka (podpis pojistníka je pro každou změnu povinný)	Podpis pojištěného

PODŘÍZENÝ POJIŠŤOVACÍ ZPROSTŘEDKOVATEL

Jméno a příjmení

Reg. číslo vydané Českou národní bankou

Interní registrační číslo

Telefon/Mobil

E-mail

Tímto čestně prohlašuji, že jsem osobně provedl/a identifikaci pojistníka 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 PPZ