

SZERZŐDÉSKÖTÉSI AJÁNLAT

Wealth Insuring

powered by



Biztosítási szerződés pénzneme: ☐ forint ☐ euró Kötvény átvételének módja ☐ közvetítőn keresztül ☐ postai úton GTC-20171022

Partnercég neve

Biztosításközvetítő neve

SZERZŐDŐ (és magánszemély esetén egyben biztosított) ADATAI

Családi név / Cégnév	Születési hely, idő
Utónév / Képviselőre jogosult neve	E-mail
Állampolgárság	Telefon/Mobil
Állandó lakcím / Székhely	Adóügyi illetőség ☐ magyar ☐ egyéb
Utca, házszám	Adóazonosító jel / Adószám
Levelezési cím	Szem. az. okmány ☐ sz.ig. ☐ útlevél
Utca, házszám	Okmány száma / Cégjegyzékszám
Számlaszám	Foglalkozás

BIZTOSÍTÁS ADATAI

A biztosítás technikai kezdete

A biztosítási szerződés:

☐ határozatlan idejű életbiztosításként

☐ határozott idejű életbiztosításként év tartammal

☐ az szja-törvény szerinti nyugdíjbiztosításként

szeretném megkötni. (eurós módozat esetén nem választható)

Indexálás: ☐ Igen ☐ Nem

Individuális biztosítási fedezet: Biztosítási összeg

Haláleseti biztosítás (minimum a havi díj 24-szerese) Ft/€

Teljes értékű balesetbiztosítás¹ Ft/€

Betegségek és műtétek biztosítása² Ft/€

Rendszeres biztosítási díj (RBD) /hó Ft/€

(a választott díjfizetési ütemnek megfelelően, min. 20.000 Ft/hó vagy 65€/hó, illetve a választott díjfizetési ütemnek megfelelő szorzat)

Egyösszegű befizetés az első rendszeres havi díjon felül: Ft/€

(minimum 300.000 Ft vagy 1.000€)

NOVIS Bónusz a túlélésért ☐ Igen ☐ Nem

Életbiztosítás esetén a biztosítás tartama határozott ideig vagy élethosszig tart. Nyugdíjbiztosítás esetén a biztosítás tartama a biztosított személyre az ajánlat aláírásakor irányadó nyugdíjkorhatár betöltése.

¹ Teljes értékű balesetbiztosítás tartalma: baleset okozta halál, maradandó egészségkárosodás és a balesetet követő felépülésre szükséges idő.

² Betegségek és műtétek biztosításának tartalma: rettegett betegségek, betegség következtében szükséges műtét, keresőképtelenség és fekvőbeteg-ellátás

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ ALLOKÁCIÓS ARÁNYÁNAK MEGHATÁROZÁSA

Kérem az allokációs arány egyenlő elosztását ☐ Igen ☐ Nem

Amennyiben nem igényli az allokációs arány egyenlő elosztását, kérjük, jelölje meg saját allokációs arányát arra való figyelemmel, hogy a NOVIS Family Office Eszközalap, a NOVIS Word Brands Eszközalap és a NOVIS Digital Assets Eszközalapok együttesen nem választhatók; közülük csak egy szerepelhet az egyéni portfólióban maximum 50%-os részesedéssel.

NOVIS Tőkevédett Eszközalap		%
NOVIS ETF Részvény Eszközalap		%
NOVIS Gold Eszközalap		%
NOVIS Vállalkozói Eszközalap		%
NOVIS Jelzálog Eszközalap		%
NOVIS Family Office Eszközalap		%
NOVIS World Brands Eszközalap		%
NOVIS Digital Assets Eszközalap		%
ÖSSZESEN	100	%

RBD díjfizetési módja: ☐ banki átutalás ☐ rendszeres utalás

☐ postai feladóvevény (cekk) ☐ készpénz befizetés ☐ kriptovaluta

☐ csoportos beszedési megbízás

Díjfizetés gyakorisága: ☐ havi ☐ negyedéves ☐ féléves ☐ éves

HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT

Családi és utónév	Születési idő	Részesedés %
		%
		%
		%

Amennyiben a biztosítási szerződést „NOVIS Bónusz a túlélésért” záradékkal is ellátták, a biztosítási számla egyenlege tekintetében kedvezményezettnek minősül az összes olyan szerződő, akinek a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződése a „NOVIS Bónusz a túlélésért” záradékot tartalmazza. Egyidejűleg a szerződő halála esetén a biztosító a haláleseti kedvezményezett(ek) részére kifizeti a haláleseti biztosítási összeget és a teljes értékű baleseti balesetbiztosítás (baleset következtében bekövetkezett halál esetén), feltéve hogy az egyes biztosítási fedezetek a biztosítási szerződésben kikötésre kerültek.

Összesen 100 %

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

Az egyszerűsített egészségi nyilatkozat a következő feltételek együttes fennállása esetén alkalmazható: a haláleseti biztosítási összeg legfeljebb 6.000.000,- Ft belépési kor legfeljebb 64 év, szerződés lejáratkori kor (ill. nyugdíjjáradékra váltása) legfeljebb 75 év, valamint nincs további biztosítási fedezet.

Ki tudja jelenteni a következőket?

Kijelentem, hogy jelen pillanatban nincs csökkentett munkavégző képességem, nem részesedem és nem terjesztettem elő igényt csökkentett munkavégző képességből, munkaképtelenségből, rokkantságból vagy hosszú távú gondozás szükségességéből eredő járadékra.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy az elmúlt 5 évben nem részesültem kórházi kezelésben, valamint ezalatt az időszak alatt nem részesültem 3 hetet meghaladó kórházi fekvőbeteg-ellátásban, illetve nem álltam kezelés alatt ugyanazon problémák vagy megbetegedés miatt.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy nem voltak és nincsenek a következő megbetegedéseim: rosszindulatú daganatok, idegrendszeri megbetegedések, mentális betegségek, HIV fertőzés, szívinfarktus vagy agyvérzés.

☐ Igen ☐ Nem

Dátum, és a biztosított aláírása

Amennyiben a fenti nyilatkozatra NEM-mel válaszolt, úgy a lent található egészségügyi kérdőív minden kérdésére válaszolnia kell.

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Kérem, a lent található kérdésekre helyes, teljes és valósághű választ adjon. Ellenkező esetben a biztosítási szolgáltatás csökkentett összegű lehet, elutasításra kerülhet, illetve a biztosítási szerződés megszüntetését is maga után vonhatja.

1. Foglalkozása

2. Magassága cm Testsúlya kg 3. Dohányzik? ☐ Igen ☐ Nem

4. Sportol? ☐ Igen ☐ Nem Milyen sportágban? ☐ Hobbi ☐ Versenyszerűen ☐ Hivatásos sportoló

5. Jelenleg áll-e (vagy korábban állt-e) rendszeres orvosi vagy gyógyszeres kezelés alatt? (Kérjük az orvosi leleteket mellékelni!) ☐ Igen ☐ Nem

6. Jelenleg használ-e, vagy korábban használt-e függőséget okozó szereket (például kábítószer, alkohol, gyógyszerek)? ☐ Igen ☐ Nem

Állt-e kezelés alatt, esetleg volt-e Önnek javasolva vagy elrendelve?

7. Jog szerint rokkantnyugdíjas, vagy kérvényezte-e a rokkantsági nyugdíjat, esetleg volt-e rokkantságot megállapító eljárás alatt? ☐ Igen ☐ Nem

8. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alábbi betegségekben, illetve vannak-e (voltak-e) egészségügyi panaszai? ☐ Igen ☐ Nem

a) Szív-, érrendszeri, tüdő, légzőszervi megbetegedések (például magas vérnyomás, szívritmuszavarok, szívdobogásérzés, szívzörejek, ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus, angina pectoris, mellkasi fájdalom, visszértbetegség, trombózis, embólia, asztma, tuberkulózis, krónikus hörghurut), esetleg más szív-, érrendszeri, tüdő és légzőszervi megbetegedések

☐ Igen ☐ Nem

b) Anyagcsere-megbetegedések, belső elválasztású mirigyek megbetegedései (például cukorbetegség, köszvény, magas koleszterinszint, magas trigliceridszint, pajzsmirigyműködési zavarok), esetleg más anyagcsere-megbetegedések

☐ Igen ☐ Nem

c) A máj, az epehólyag, hasnyálmirigy, nyelőcső, gyomor, nyombél, vékonybél, vastagbél, végbél, nemi szervek, vesék, húgyutak (például vizeletben lévő vér) megbetegedései, sárgaság, esetleg más emésztőrendszeri zavarok

☐ Igen ☐ Nem

d) Vér- vagy immunrendszeri megbetegedések (például vérszegénység, véralvadási zavarok, hemofília, leukémia, vérképi elváltozások, lép betegségei, HIV-fertőzés, AIDS, allergia)

☐ Igen ☐ Nem

e) Csontok, ízületek, izmok megbetegedései (például hátgerinci fájdalmak és betegségek, tartós végtagfájdalmak, reuma, artrózis, oszteoporózis), esetleg a csontok, ízületek és izmok más elváltozásai

☐ Igen ☐ Nem

f) Az agy, az idegek megbetegedései, elmebetegség (például fejfájás, migrén, szédülés, rohamok, epilepszia, szklerózis multiplex, szélütés, bénulás, depresszió, mentális betegségek, öngyilkossági kísérlet), más idegrendszeri zavarok

☐ Igen ☐ Nem

g) Jó- és rosszindulatú daganatok (például rák, miómák, adenómák, lipómák, polipok, ciszták), esetleg más típusú daganatos megbetegedések

☐ Igen ☐ Nem

h) Vírusos, bakteriális, fertőző, gombás betegségek (például HIV-vírus, malária, mononukleózis, Lyme-kór, stb.)

☐ Igen ☐ Nem

i) Szem és fül betegségei (például a szaruhártya megbetegedések, látászavarok, vakság, sükettség, süketnémaság), esetleg a szem és fül más panaszai

☐ Igen ☐ Nem

Dioptria (+/-) bal jobb

j) Más, a kérdőívben nem szereplő megbetegedés, sérülések, testi rendellenességek

☐ Igen ☐ Nem

9. Állapítottak-e meg Önnél kedvezőtlen eredményeket speciális vizsgálatok alkalmazásával (például computer tomográfia (CT), mágneses rezonancia (MR), röntgen (RTG), ultrahang (UH), EKG, vörsvizsgálat, vizelet vizsgálata, genetikai tesztek, HIV-teszt AIDS-re), esetleg más speciális vizsgálatokon?

☐ Igen ☐ Nem

10. Állt-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt az utóbbi 10 évben, esetleg ajánlottak-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést betegség diagnosztizálása, vizsgálatok, kezelések, műtétek érdekében?

☐ Igen ☐ Nem

11. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e jelenleg Önnél műtétet, kórházi kezelést, kivizsgálást?

☐ Igen ☐ Nem

Részletes adatok az igennel megválaszolt kérdésekre

A kérdés

sorszáma

A betegség típusa, változásai, nehézségek

Mikor? Milyen hosszan?

Kezelőorvos / gyógyintézet neve és címe

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSI AJÁNLAT A KÖVETKEZŐ MELLÉKLETEKET TARTALMAZZA

Fizetési ☐ bizonylat

Kiegészítés további biztosított ☐ személy részére

Személyazonosságot igazoló ☐ okmány másolata

Orvosi ☐ leletek

Mellékletek száma db

Egyéb

A SZERZŐDŐ NYILATKOZATA

Kijelentem, hogy megismertem és átvettem a NOVIS „Wealth Insuring” GTC-20171022 kódjelű biztosítási szerződés általános szerződési feltételeit (továbbiakban: ÁSZF). Tudomásul veszem, hogy az ÁSZF szabályoz minden olyan kérdést, amely a biztosítási ajánlatban vagy a biztosítási szerződésben nem került meghatározásra. Aláírással igazolom, hogy tudomásul vettem a NOVIS „Wealth Insuring” terméken keresztül történő befektetéssel járó kockázatokat, főként azt, hogy az eddigi hozamok nem határozzák meg a jövőbeni hozamokat. A NOVIS „Wealth Insuring” a hosszú távú befektetés jellemzőit viseli magán, ezért a biztosítás visszavásárlási értéke akár alacsonyabb is lehet, mint a szerződő által a befizetett biztosítási díj.

Megerősítem, hogy megismertem a Biztosító eszközalapjainak befektetési politikáját és a NOVIS Tőkevédett Eszközalap aktuális értékelését.

Hozzájárulok, hogy a NOVIS Biztosító a szükséges mértékben egészségi állapotomat megismerje, a nyilvántartott adataimat ellenőrizze azoknál az orvosoknál és egészségügyi intézményeknél, ahol a múltban kezeltek, jelenleg kezelnek vagy a jövőben kezelni fognak.

Alulírott, szerződő/biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Szerződő / Biztosított aláírása

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés megkötése előtt a Biztosító lényeges adatai a tudomásomra lettek hozva, megismertem a NOVIS „Wealth Insuring” biztosítás általános ügyfélértékelését, és írott formában átvettem és elfogadom azt. Kijelentem, hogy a jogszabályoktól, vagy a szokásos szerződési gyakorlatól lényegesen eltérő általános szerződési feltételekre vonatkozó, az „Általános Ügyfélértékelő és Szerződési Feltételek” 46. cikk 7. pontjában foglalt külön tájékoztatást megismertem, és e feltételeket **kifejezetten elfogadom**.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződést a saját nevemben kötöm, valamint kijelentem, hogy a Biztosító felé a fizetési kötelezettségemnek saját pénzeszközeimből teszek eleget és vállalom, hogy amennyiben ebből a célból más tulajdonában lévő pénzeszközöket használok fel, úgy ezt a tényt, az érintett személy személyazonosító adataival egyidejűleg, késedelem nélkül jelentem a Biztosítónak.

ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

A Biztosítóval való szerződés megkötésére irányuló ajánlatot a szerződő írásban teszi a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon. A szerződő az ajánlatához, annak a Biztosítóhoz való megérkezésétől számított 15 napig köve van, kivéve ha az egészségügyi kérdőívet is kitöltötte: ebben az esetben az ajánlati kötöttség 60 nap.

A biztosítási szerződés a Biztosító általi elfogadással jön létre, mégpedig visszamenő hatállyal az ajánlattétel napjára. A Biztosító értesíti a szerződőt a szerződés létrejöttéről, amennyiben az alábbi felételek együttesen teljesülnek:

a) a helyesen, teljesen és a valóságnak megfelelően kitöltött és aláírt biztosítási ajánlat,

A szerződő és a biztosított aláírásukkal hozzájárulnak ahhoz, hogy a biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatban, a szerződés mellékleteiben, valamint minden más, a biztosítási szerződéssel kapcsolatos iraton feltüntetett személyes adataik a lent meghatározottak alapján feldolgozásra és kezelésre kerüljenek: a biztosítási szerződésben feltüntetett személyes adatok feldolgozásához (továbbiakban: adatok), beleértve a viszontbiztosító részére továbbított adatokat, biztosítás és statisztikai elemzések céljából, az adatok feldolgozásához és továbbításához a szerződött partner részére a biztosító marketingtevékenységének végzése céljából, az adatok feldolgozásához, beleértve a szerződéses partner részére eladás támogatása és a szerződő, illetve biztosított részére nyújtott teljes körű pénzügyi szolgáltatások céljából, az adatok feldolgozásához, beleértve a biztosító szerződésespartner-képviselője részére a biztosítási ügyintézés, adatok feldolgozását, valamint beleértve az adatok továbbítását a biztosító szerződéses partnereinek a biztosítási események felszámolása céljából, az adatok feldolgozásához, beleértve harmadik személyek részére (legfőképp jogászok, közjegyzők, követelések behajtása területén működő intézmények részére) a biztosító védelme és igényei érvényesítése céljából, és/vagy az adatok hozzáférésehez a biztosító szerződéses partnerei részére.

A szerződő ezekhez hozzájárulását adja, kivéve:

- a szerződéses jogviszony időtartamára és a biztosító részére törvényileg meghatározott jogok és köteleességek érvényesítésére és a megjelölt tartamot követően a szerződő nem köteles a hozzájárulását hatályosan visszavonni.

- az adatok feldolgozásához és továbbításához való hozzájárulás bármikor visszavonható.

Alulírott, szerződő kijelentem, hogy a jelenben vagy az elmúlt egy évben kiemelt közszereplőnek minősülök/minősültem, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok.

☐ Igen ☐ Nem

Vállalom, hogy amennyiben a Biztosítóval fennálló szerződési jogviszonyom alatt ilyen személlyé válok, azt haladéktalanul jelentem a Biztosítónak és kitöltöm a kiemelt közszereplői nyilatkozatot.

☐ Igen ☐ Nem

Alulírott, szerződő, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem vagyok amerikai állampolgár, nem Amerikában születtem, adóilletőségem nem amerikai, és nincs amerikai adószámom.

☐ Igen ☐ Nem

Alulírott, szerződő jelen nyilatkozat aláírásával az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. tv. (Art.) 54. § (1) bekezdés c) pontja alapján hozzájárulok ahhoz, hogy a Nemzeti Adó- és Vámhivatal a jelen ajánlat alapján létrejövő nyugdíjbiztosítási szerződéssel összefüggő rendelkező nyilatkozatokat és az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekkel kapcsolatos valamennyi adótitkot a NOVIS Poistovňa a.s. (Námestie Ludovíta Štúra 2., Bratislava 811 02) részére, annak írásbeli megkeresésére kiadja.

☐ Igen ☐ Nem

Aláírással megerősítem, hogy az ajánlaton szereplő összes adatot hiánytalanul és a valóságnak megfelelően tüntettem fel.

☐ Igen ☐ Nem

A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a biztosítónak jogában áll jelen ajánlatot - az ajánlati kötöttség alatt – indoklás nélkül elutasítani. A nyilatkozatok változását, valamint a biztosítási ajánlaton feltüntetett adatokban bekövetkező változást a szerződő fél köteles haladéktalanul jelenteni a NOVIS Biztosítónak.

Aláírás keltének helye és időpontja

BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ

Családi és utónév

Felügyeleti nyilvántartási száma

E-mail

Telefon

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a szerződő és a biztosított azonosítását a jogszabályokban – különös tekintettel a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben, valamint a FATCA-szabályozásban – meghatározott módon elvégeztem.

Dátum

Biztosításközvetítő aláírása

NOVIS Poistovňa a.s. (NOVIS Biztosító), Námestie L. Štúra 2., 811 02 Pozsony, Cégjegyzékszám: 47 251 307, Magyar adószám: 30375916-1-51, Bratislava I. Járási Bíróság Cégjegyzéke, Sa rész, betét sz. 5851/B. Számlaszám: 12100011-10299160 (IBAN: HU861210001110299160000000000)

3. oldal
www.novis.eu

Nemzetközi alapok

A Wealth Insuring életbiztosítás több mint 25 különleges innovációt tartalmaz.

Egy élethosszig tartó termék, akár az egész család részére is. A Wealth Insuring életbiztosítási termék keretein belül olyan széleskörű biztosítási fedezet választható, amely tartalmazza az egészségbiztosítás eddig még nem látott formáit, és amely kiegészíthető egy új, teljes értékű balesetbiztosítással is. A biztosítási szerződéssel elérhető 8 eszközalap a kockázatok széleskörű diverzifikációjára ad lehetőséget. Ez a fajta kockázatmegosztás az életbiztosítási termékek körében egyedinek számít.

Ezt fejezi ki „a biztosítások új világa” szlogen.



