

MELLÉKLET A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYHEZ

# Wealth Insuring

powered by



Partnercég neve

Biztosításközvetítő neve

BIZTOSÍTOTT ADATAI

|                |                     |                                                                   |
|----------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Családi név    | Születési hely, idő | <input type="text"/>                                              |
| Utónév         | E-mail              | <input type="text"/>                                              |
| Állampolgárság | Telefon/Mobil       | <input type="text"/>                                              |
| Állandó lakcím | Adóügyi illetőség   | <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb    |
| Utca, házszám  | Adóazonosító jel    | <input type="text"/>                                              |
| Levelezési cím | Szem. az. okmány    | <input type="checkbox"/> sz.ig. <input type="checkbox"/> útleveél |
| Utca, házszám  | Okmány száma        | <input type="text"/>                                              |
| Számlaszám     |                     | <input type="text"/>                                              |

BIZTOSÍTÁS ADATAI

|                                                |                          |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| A biztosítás technikai kezdete                 | <input type="text"/>     |
| Individuális biztosítási fedezet:              | Biztosítási díj          |
| Halálesi biztosítás                            | <input type="text"/> HUF |
| Teljes értékű balesetbiztosítás <sup>1</sup>   | <input type="text"/> HUF |
| Betegségek és műtétek biztosítása <sup>2</sup> | <input type="text"/> HUF |

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

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

JEGYZETEK

HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT

| Családi és utónév | Születési idő | Részesedés % |
|-------------------|---------------|--------------|
|                   |               | %            |
|                   |               | %            |
|                   |               | %            |

Amennyiben a biztosítási szerződésben a „NOVIS Bónusz a túlélésért” is kikötötték, 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 kedvezményezett részére kifizeti a halálesi biztosítási összeget és a teljes értékű baleseti biztosítás összegét (baleset miatt bekövetkezett halál), 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 lejártakor 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 ez alatt 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 nyugdíját, 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, visszérbetegség, 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, osteoporózis), 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 megbetegedése, 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 Önénél kedvezőtlen eredményeket speciális vizsgálatok alkalmazásával (például computer tomográfia (CT), mágneses rezonancia (MR), röntgen (RTG), ultrahang (UH), EKG, vérvizsgálat, 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, kivizsgálások, kezelések, műtétek érdekében? ☐ Igen ☐ Nem

11. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e jelenleg Önénél 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 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |

## A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSI AJÁNLAT A KÖVETKEZŐ MELLÉKLETEKET TARTALMAZZA

|                                          |                                                                       |                                                                  |                                      |                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| Fizetési bizonylat <input type="radio"/> | Kiegészítés további biztosított személy részére <input type="radio"/> | Személyazonosságot igazoló okmány másolata <input type="radio"/> | Orvosi leletek <input type="radio"/> | Mellékletek száma <input type="text"/> db |
| Egyéb <input type="radio"/>              |                                                                       |                                                                  |                                      |                                           |

## BIZTOSÍTOTT 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.

**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 beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról 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.

### Biztosított aláírása

**Kijelentem**, hogy a biztosítási szerződés megkötése előtt a Biztosító lényeges adatait a tudomásomra hozták, megismertem a NOVIS „Wealth Insuring” biztosítás általános ügyfél-tájékoztatóját és írott formában átvettem azt.

Alulírott, biztosított 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

**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 kötelezettségek érvényesítésére és a megjelölt tartamot követően a szerződő nem köteles a hozzájárulását hatályosan visszavonni.

- az adatok feldolgozásához és továbbításához való hozzájárulás bármikor visszavonható.

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

☐ Igen ☐ Nem

Aláírással megerősítem, hogy a szerződéskötési ajánlat és a mellékleten szereplő összes adat teljesen és a valóságnak megfelelően van feltüntetve.

☐ Igen ☐ Nem

A szerződő és a biztosított a nyilatkozatok változását, valamint a biztosítási ajánlaton feltüntetett adatokban bekövetkező változást köteles haladéktalanul a NOVIS Biztosítónak jelenteni.

## 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 kötve 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, valamint a Biztosító által kért más dokumentumok az ajánlati kötöttség határidején belül a Biztosítóhoz megérkeznek,

b) az ajánlaton meghatározott első biztosítási díj megfizetésre kerül,

c) a kockázatelbírálás eredményeként teljesülnek a biztosító által támasztott biztosíthatósági feltételek.

A Biztosító a szerződés létrejöttéről szóló értesítést az ajánlati lapon feltüntetett e-mail-címre küldi meg. A Biztosító a szerződés létrejöttének igazolására biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, kötvényt állít ki.

Aláírás keltének helye és időpontja

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása (ha nem azonos a szerződővel)

## 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

# Nemzetközi alapok

A NOVIS Európa kilenc országában kategóriateremtő újdonságokkal jelen lévő, innovatív biztosítótársaság. 2017-ben a NOVIS nagy sikereket ért el Olaszországban, és egyben megkezdte működését a svéd biztosítási piacon is. A külföldön dolgozó szakembereknek nyújtott szolgáltatásai révén pedig világszerte aktív biztosítótársaság.



