

Nyomtatványkód: **NONPR-Q02**

Közvetítő QUANTIS azonosító száma:

Közvetítő neve:

Felügyeleti nyilvántartási száma:

Ajánlatszám: **2017**

Kötvény átvételének módja:

☐ Közvetítőn keresztül ☐ Postai úton

1. Szerződő adatai (magánszemély)		Neme: Férfi ☐ Nő ☐	
Családi és utónév:			Születéskori név:
Születési helye:			Születési ideje: Év Hó Nap
Anyja születési neve:			Állampolgárság(ok):
Foglalkozása:	Telefonszám: + - -	Email cím:	
Lakcíme:			
Levelezési címe:			
Szem. az. okmány jele, száma: ☐ Szig. ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány	Érvényesség ideje: Év Hó Nap		
Lakcímigazoló hatósági igazolvány jele, száma:			
A szerződő adóügyi illetősége:	☐ magyar	☐ egyéb:	
Adószáma:			
2. Biztosított adatai		Azonos a Szerződővel: Igen ☐ Nem ☐	
		Neme: Férfi ☐ Nő ☐	
Családi és utónév:			Születéskori név:
Születési helye:			Születési ideje: Év Hó Nap
Anyja születési neve:			Állampolgárság(ok):
Foglalkozása:	Telefonszám: + - -	Email cím:	
Lakcíme:			
Levelezési címe:			
Szem. az. okmány jele, száma: ☐ Szig. ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány	Érvényesség ideje: Év Hó Nap		
Lakcímigazoló hatósági igazolvány jele, száma:			
A biztosított adóügyi illetősége:	☐ magyar	☐ egyéb:	
Adószáma:			
3. Kedvezményezett elérésre / nyugdíj szolgáltatásra / rokkantsági szolgáltatásra / kiegészítő biztosításokra: ☒ biztosított			
Kedvezményezettek halál esetére (változtatható) ☐ Szerződő: % ☐ Törvényes örökös(ök): %			
Családi és utóneve:			Halálesetre: %
Születéskori neve:			
Születési ideje: Év Hó Nap	Születési helye:		
Anyja születési neve:			
Lakcíme:			
Családi és utóneve:			Halálesetre: %
Születéskori neve:			
Születési ideje: Év Hó Nap	Születési helye:		
Anyja születési neve:			
Lakcíme:			
4. A szerződés adatai			
A biztosítás technikai kezdete: Év Hó Nap	Belépési kor: év	Lejárat:	A szerződés létrejöttekor hatályos törvény szerinti öregségi nyugdíjkorhatár betöltésének időpontja a biztosítottra vonatkozóan.
Garantált haláleseti összeg:	Szorozója (2-5-szörös):	X éves díj = Garantált haláleseti összeg:	Ft
Díjfizetési adatok:	Díjfizetés gyakorisága:	Díjfizetés módja:	Első befizetés időszaka:
Éves díj: Ft	☐ Éves ☐ Féléves ☐ Negyedéves ☐ Havi	☐ átutalás az alább megadott bankszámlaszámról ☐ postai utalvány (csekk) ☐ csoportos beszedési megbízás ☒ csoportos beszedési megbízás	☐ 1 év ☐ 1/2 év ☐ 1/4 év ☐ 1 hónap
Gyakoriság szerinti első befizetés: Ft	Díjfizetés módja:	☐ átutalás az alább megadott bankszámlaszámról ☐ postai utalvány (csekk)	
Szerződő bankszámlaszáma:			
A NOVIS Poistovňa nemzetiközi, forint élet díjbevételei számlaszáma: S.W.I.F.T. GNBA HUHB HU55 12100011-10299160-00000000			
Átutalás esetén a közlemény rovatban kérjük az ajánlatszám feltüntetését. A KÖZVETÍTŐ SEM KÉSZPÉNZ ÁTVÉTELÉRE, SEM KEZELÉSÉRE NEM JOGOSULT!			

5. A biztosítási díj allokációs arányának meghatározása: (Az 5.2. és 5.3. lehetőségek közül az egyik választható.)

RENDSZERES ÉVES BEFIZETÉS

5.1. NOVIS Díjtartálékba kerülő rész: (0-100%)	%
5.2. Szakértők által összeállított diverzifikált portfólió választása (egy jelölhető):	(A modellportfóliók összetételét a 3.sz. melléklet tartalmazza.)
☐ KONZERVATÍV ☐ KIEGYENSÚLYOZOTT ☐ DINAMIKUS	%

5.3. Díjfelosztás az eszközalapok közötti egyéni választás alapján (ha nem az 5.2.-t választotta):		(A választható eszközalapokat a 3.sz. melléklet tartalmazza.)	
			%
			%
			%
			%
Összesen:		100%	

6. Egészségi nyilatkozat

Jelenleg sportol?	☐	Igen	☐	Nem	Sportág:		Milyen szinten?		Hobbi		Versenyző		Kiemelt	
-------------------	--------------------------	------	--------------------------	-----	----------	----------------------	-----------------	----------------------	-------	----------------------	-----------	----------------------	---------	----------------------

A Biztosított magassága: cm. A Biztosított testsúlya: kg.

A Biztosított kijelenti, hogy tudomása szerint egészséges, valamint nincs és az elmúlt 5 évben sem volt semmilyen betegsége, továbbá nem áll és nem állt semmilyen orvosi vagy gyógyszeres kezelés alatt, nincs testi, szellemi, érzékszervi fogyatékosága. A Biztosított kijelenti, hogy az ajánlat aláírásakor nincs keresőképtelen állományban és nincs megállapított munkaképesség csökkenése, valamint nem részesül sem rokkantsági, sem rehabilitációs ellátásban, nyugdíjban, vagy járadékban, és nem is nyújtott be ezek megállapítására irányuló kérelmet sem. A Biztosított nyilatkozta, hogy nincs káros szenvedélye, nem dohányzik, nem dohányzott, nem volt és jelenleg sem alkohol vagy kábítószer fogyasztó; nincs veszélyes foglalkozása és nem üzvesztéses szabadidős és sporttevékenységet sem.

☐ Alulírott, Biztosított a fentieket kijelentem. ☐ Alulírott, Biztosított a fenti nyilatkozatokat nem tudom megtenni. *(Kérjük a „Részletes egészségi nyilatkozat” kitöltését!)*

A „Részletes egészségi nyilatkozat” megtételét kérjük továbbá abban az esetben, ha a szerződéshez 5 millió forintot elérő vagy meghaladó garantált haláleseti összeg, és/vagy kiegészítő biztosítás került választásra.

7. Választható kiegészítő biztosítási fedezetek

Baleset (maradandó egészségkárosodásra vonatkozó progresszív szolgáltatás, baleseti eredetű halál, bővített baleseti szolgáltatás)	☐ igen	☐ nem	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Ft	(legfeljebb az éves díj 5-szöröse)
Betegségek és műtétek (rettegett betegségek, műtėti térítés, napi térítés kórházi tartózkodás és keresésképtelenség időtartamára)	☐ igen	☐ nem	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Ft	(legfeljebb az éves díj 5-szöröse)

8. A kommunikáció módjának megválasztása

Kérem, hogy a Biztosító a küldeményeit a Szerződő részére postai kézbesítés helyett elektronikus úton, az ajánlat 1. pontjában megadott e-mail címre küldje meg. ☐ kérem ☐ nem igénylem

9. NYILATKOZATOK

Alulírott, szerződő/biztosított, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem vagyok amerikai állampolgár, nem Amerikában születtem, adóilletőségem nem amerikai és nincs amerikai adószámom.			
Szerződő:	☐ Kijelentem	☐ Nem tudom kijelenteni (Azonosítási adatlap kitöltése kötelező)	
Biztosított:	☐ Kijelentem	☐ Nem tudom kijelenteni (Azonosítási adatlap kitöltése kötelező)	

Tényleges tulajdonosi nyilatkozat

- Alulírott, szerződő kijelentem, hogy a szerződést saját nevemben kötöm. (Nemleges válasz esetén kérjük az Azonosítási adatlap nyomtatvány kitöltését!) ☒ igen ☐ nem

- Alulírott, szerződő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a biztosítóval szemben fennálló fizetési kötelezettségemnek a saját számlámra, saját pénzeszközöimből teszek eleget és vállalom, hogy amennyiben ebből a célból más tulajdonában lévő pénzeszközökkel használok fel, úgy ezt a tényt, az érintett személy személyazonosító adataival egyidejűleg, késedelem nélkül a biztosítóknak jelentem.

Kiemelt közszereplői nyilatkozat

- Alulírott, szerződő kijelentem, hogy külföldi lakóhellyel rendelkező kiemelt közszereplőnek minősülök, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok. ☐ igen ☐ nem
Amennyiben az ügyfél külföldi kiemelt közszereplőnek vallja magát, köteles nyilatkozni a pénzeszköz forrásáról:

saját jövedelem öröklés vagyontárgyak értékesítése (pl. ingóság, ingatlan) meglévő befektetés átcsoportosítása egyéb:

A Szerződő aláírása: A Biztosított aláírása:

Alulírott, szerződő/biztosított 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, az arra tekintettel tett rendelkezés nyilatkozatokkal és az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekkel kapcsolatos valamennyi adótitok a NOVIS Poistovna a.s. (Námestie Ľudovíta Štúra 2, Bratislava 811 02) részére, annak írásbeli megkeresésére kiadja.

A Szerződő aláírása: A Biztosított aláírása:

Az 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 biztosítókra 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 továbbítja. Együttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteiket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségi 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 egészségi 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.

	igen	nem
--	------	-----

Kijelentem, hogy az ajánlat aláírása előtt a NOVUM PRO Nyugdíjbiztosításra vonatkozó GTC - 20170821 kódjelű „Általános Ügyféltájékoztató és Szerződési Feltételek”-et és annak mellékleteit átvettem, azokat megismertem és áttanulmányozás után elfogadtam. Kijelentem, hogy a jogszabályoktól, vagy a szokásos szerződési gyakorlatlól lényegesen eltérő általános szerződési feltételekre vonatkozó, az „Általános Ügyféltájékoztató és Szerződési Feltételek” 33. cikk 7. pontjában foglalt külön tájékoztatást megismertem, és e feltételeket kifejezetten elfogadom.

A szerződő és biztosított kijelentik, hogy rendelkeznek felhatalmazással a kedvezményezett adatainak megadására. ☒ igen ☐ nem

A szerződő és biztosított tudomásul veszik, hogy a jelen ajánlaton rögzített adataik megváltozását 15 munkanapon belül

írásban kell jelenteniük a biztosítónak.	☐	igen	☐	nem
--	--------------------------	------	--------------------------	-----

A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a biztosítónak jogában áll jelen ajánlatot annak beérkezését követő 15 napon belül, – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, 60 napon belül – indoklás nélkül elutasítani.

A Szerződő aláírása:		A Biztosított aláírása:	
A szerződő és biztosított azonosítását a jogszabályokban – különös tekintettel a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben, valamint a FATCA szabályozásban – meghatározott módon elvégeztem:			
Helység:	Dátum:	QUANTIS Közvetítő aláírása:	