

ANEKS DO WNIOSKU O ZAWARCIE
UMOWY UBEZPIECZENIA DLA KOLEJNEJ
OSOBY UBEZPIECZONEJ

Wealth
Insuring

powered by



Nazwa firmy dystrybutora

Agent

Nr. ewidencyjny firmy dystrybutora

Nr. agenta

UBEZPIECZONY

☐ Pan

☐ Pani

Stan cywilny

☐ żonaty/zamężna

Data urodzenia

Imię

Miejsce urodzenia, Kraj

Nazwisko

PESEL

Ulica, Nr.

Narodowość

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

E-Mail

Adres do korespondencji

WYBRANY ZAKRES UBEZPIECZENIA

Dla każdego z poniższych rodzajów ryzyka ubezpieczeniowego suma ubezpieczenia wynosi co najmniej 20.000 zł. Łączna suma ubezpieczenia dla całej umowy (włączając inne ubezpieczone osoby) wynosi min. 80.000 zł.

Suma ubezpieczenia w razie śmierci

Umowa ubezpieczenia:

 zł

Początek ubezpieczenia ryzyka:

0	1								

Suma ubezpieczenia w razie chorób, operacji i koniecznej opieki

 zł

0	1								

Suma ubezpieczenia w razie wypadku, rozszerzonej ochrony wypadkowej oraz śmierci w wypadku

 zł

0	1								

NOTATKI

OSOBY UPOSAŻONE W PRZYPADKU ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

Imię i Nazwisko	Data urodzenia	
		%
		%
		%

Suma 100 %

UPROSZCZONA ANKIETA MEDYCZNA

Stosowana pod warunkiem wyboru maksymalnej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w wysokości 80 000 zł, przy maksymalnym wieku przystąpienia 64 lat i maksymalnym wieku wygaśnięcia ubezpieczenia 75 lat. Brak możliwości zawarcia umów dodatkowych (wypadek, poważne zachorowania)

Czy może Pan/Pani złożyć następujące, zgodne z prawdą, oświadczenie?

Oświadczam, że obecnie jestem w pełni zdolny/a do pracy i nie pobieram ani też nie staram się o żadne świadczenia w związku z obniżeniem dochodów, niezdolnością do pracy ani inwalidztwem i koniecznością długoterminowej rehabilitacji.

Ponadto, **oświadczam**, że nie byłem/am hospitalizowany/a w ciągu ostatnich 5 lat oraz, że nie chorowałem/am ani nie byłem/am na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 3 tygodnie z powodu chorób, bądź innych problemów ze stanem zdrowia.

Jeśli Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie spełnia warunków dla uproszczonej ankiety medycznej lub jeśli odpowiedź na oświadczenie brzmi NIE, wymagana jest odpowiedź na wszystkie pytania dotyczące stanu zdrowia zamieszczone na tej stronie.

Oświadczam, że nie chorowałem/am ani obecnie nie choruję na żadną z tych chorób: nowotwórzliwy, choroby układu nerwowego, choroby psychiczne, zakażenie HIV, zawał serca, udar mózgu.

☐ Tak ☐ Nie

Data, podpis osoby Ubezpieczonej

ANKIETA MEDYCZNA DLA UBEZPIECZONEGO

Zawód	Wzrost	Waga
Czy jest Pan/Pani osobą palącą? ☐ Tak: ilość papierosów/cygar wypalonych w ciągu dnia ☐ Nie: nie palę od 12 miesięcy		
Sport: Sport rekreacyjny Sport amatorski Sport zawodowy		
1. Czy posiada Pan/Pani jakiekolwiek ubezpieczenie na życie, w razie wypadku lub ubezpieczenie zdrowotne w innym towarzystwie ubezpieczeniowym? Jeśli tak, proszę określić rodzaj i zakres ubezpieczenia oraz nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
2. Czy jakiekolwiek towarzystwo ubezpieczeniowe odrzuciło, odrzuciło lub zaakceptowało pod warunkiem podniesienia składki/opłat za ryzyko Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, w razie wypadku lub w razie choroby w ciągu ostatnich pięciu lat? Czy zostały wyłączone jakieś ryzyka z ubezpieczenia? Jeśli tak, proszę podać rodzaj, zakres ubezpieczenia, nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego oraz przyczynę ewentualnych wyłączeń.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
3. Czy jest Pan/ Pani narażony/a w pracy lub w wolnym czasie na jakiekolwiek szczególne zagrożenia? (np. niebezpieczne i łatwopalne substancje, niebezpieczne sporty takie jak: spadochroniarstwo, paralotniarstwo, prywatny samolot silnikowy lub latanie szybowcem, nurkowanie, sporty górskie, sztuki walki, moto-sport itp.). Czy regularnie uprawia Pan/ Pani inne dyscypliny sportowe? Czy planuje Pan/ Pani dłuższy pobyt w krajach spoza Europy na dłuższy okres czasu niż 6 miesięcy? Jeśli tak, proszę doprecyzować (jeśli konieczne, zostanie przedstawiony dodatkowy formularz medyczny do uzupełnienia).	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
4. Czy przebył/a Pan/ Pani jakieś operacje, był/a hospitalizowany/a lub leczony/a w ciągu ostatnich 5 lat? Czy planuje się lub zaleca się Panu/Pani jakiekolwiek zabiegi chirurgiczne, hospitalizację lub leczenie? Jeśli tak, proszę określić, kiedy i z jakiego powodu.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
5. Czy cierpi Pan/ Pani na przewlekłą chorobę lub niepełnosprawność fizyczną / umysłową, posiada Pan/Pani wady wrodzone lub nabyte w wyniku operacji, infekcji lub urazów? Jeśli tak, proszę określić od kiedy oraz uściślić przebieg leczenia choroby i powikłania.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
6. Czy w ciągu ostatnich pięciu lat z powodu problemów zdrowotnych, bólu, choroby lub urazu regularnie lub przez dłuższy czas przyjmował/a lub przyjmuje Pan/Pani leki? W tym pytaniu „dłuższy czas” oznacza okres dłuższy niż dwa tygodnie. Jeśli tak, proszę podać nazwę, dawkowanie i okres przyjmowania leku.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
7. Czy sugerowano Panu/Pani leczenie lub był/a Pan/Pani leczony/a z powodu alkoholu, narkotyków lub innego uzależnienia (np. hazard, inne). Jeśli tak, proszę podać od kiedy, jak długo, powód i rodzaj uzależnienia.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
8. Czy pobierał/a Pan/Pani rentę z powodu niepełnosprawności lub inwalidztwa, lub złożył/a Pan/Pani wniosek o rentę? Jeśli tak, proszę podać przyczynę i okres pobierania renty.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
9. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani niezdolny/a do wykonywania pracy przez więcej niż 21 dni, czy obecnie jest Pan/i niezdolny/a do pracy? Jeśli tak, proszę podać kiedy, jak długo oraz przyczynę.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
10. Dolegliwości i choroby, które zostały podane w nawiasach nie są jedynymi, które mogą występować i służyć jedynie jako przykłady chorób danego organu. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/ Pani w szpitalu lub leczył/a się na niżej wymienione choroby, problemy zdrowotne lub symptomy tych chorób?	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
a) Serce i układ krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, wahania ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca, kołotanie serca, szmery serca, choroba niedokrwienna serca, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, dusznica, żylaki, zakrzepica i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
b) Układ nerwowy i zdrowie psychiczne (np. częste bóle głowy, migrena, zawroty głowy, zaburzenia napadowe, epilepsja, stwardnienie rozsiane, paraliż, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, zaburzenia psychiczne, lęki, depresja, psychoza, zaburzenia odżywiania i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
c) Krew, układ limfatyczny i śledziona (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia krwi, hemofilia, białaczka, zmiany w krwi, choroba śledziony i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
d) System oddechowy (np. duszność, zatęchłość, astma, gruźlica, katar sienny, przewlekłe zapalenie oskrzeli i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
e) Oczy i uszy (np. niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, zaćma, ślepoty, szum w uszach, utrata słuchu i inne). Jeśli nosi Pan/Pani okulary lub szkła kontaktowe, proszę o podanie ilości dioptrii dla każdego oka	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
f) Układ ruchu (np. choroby kręgosłupa, dysków kręgosłupa, stawów, mięśni, ścięgien lub więzadeł, artroza, nierównowaga kończyn, amputacja kończyn, wady ortopedyczne ograniczające normalne ruchy i wymagające ciągłego stosowania urządzeń)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
g) Układ pokarmowy (np. choroba refluksowa, żylaki przełyku, wrzody żołądka, zapalenie błony śluzowej żołądka, choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
h) Układ moczowo-płciowy, nerki, prostata (np. stany zapalne, kamienie, torbiele, choroby gruczołu krokowego)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
i) Zaburzenia ginekologiczne i choroby piersi (np. torbiele, włókniaki, gruczolak, polipy, dysplazja, zaburzenia miesiączkowania, leczenie niepłodności, cesarskie cięcie, ciąża ryzykowna, ciąża pozamaciczna i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
j) Skóra (np. egzema, świerd, zaczerwienienia, alergia i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
k) Wątroba, gruczoły, choroby przemiany materii (np. cukrzyca, podwyższone stężenie cholesterolu lub enzymów wątrobowych, dna moczanowa, choroby tarczycy i gruczołów endokrynnych) oraz choroby reumatoidalne	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
l) Układ odpornościowy, przewlekłe choroby zakaźne lub wirusowe (np. dziedziczne zaburzenia odporności, zapalenie wątroby, choroby tropikalne, gorączka nieznanej przyczyny i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
11. Czy cierpiał/a Pan/ Pani na chorobę nowotworową (typ łagodny, złośliwy, torbiele, mięśniaki itp.)?	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
12. Czy wykonywał/a Pan/ Pani testy na HIV/AIDS? Jeśli tak, proszę o podanie przyczyny, daty wykonania badania, diagnozy oraz ewentualnie sposobu leczenia.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
13. Czy był/a Pan/Pani poddawana radioterapii lub chemioterapii albo stwierdzono u Pana/Pani nieprawidłowe wyniki specjalistycznych badań lekarskich (np. CT, CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, pomiar ciśnienia krwi, badania laboratoryjne i inne)? Jeśli tak, proszę podać szczegóły.	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Jeśli na jedno z poniższych pytań odpowie Pan/i TAK, proszę skorzystać z pola „Pozostałe informacje” lub wypełnić nasz formularz dodatkowy do ankiety medycznej (proszę podać numer pytania oraz sposoby leczenia, datę początku i końca terapii lub „w trakcie”, brak dolegliwości, dokładny opis choroby i jej przebieg, adres lekarza prowadzącego). Proszę zaznaczyć na stronie 3, czy i ile dodatkowych formularzy Pan/i wykorzystuje do podania tych informacji, oraz dołączyć je do wniosku.

Dalsze informacje

Pytanie Nr., rodzaj choroby, trudności, zmiany	Kiedy? Jak długo?	Nazwa i adres lekarza / szpitala

DEKLARACJA UBEZPIECZONEGO

Jeśli podstawą prawną do przetwarzania Twoich danych osobowych jest wyrażona zgoda, ma Pan/Pani prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem do przetwarzania, które miało miejsce na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych produktów i usług NOVIS Poistovňa a.s., z siedzibą w Bratisławie, Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02, Słowacja, o numerze identyfikacyjnym: 47 251 301, również po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia. ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NOVIS Poistovňa a.s., z siedzibą w Bratisławie, Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02, Słowacja, o numerze identyfikacyjnym: 47 251 301 moich danych osobowych o stanie zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez NOVIS Poistovňa a.s., z siedzibą w Bratisławie, Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02, Słowacja, o numerze identyfikacyjnym: 47 251 301 od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia lub też ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez NOVIS Poistovňa a.s., z siedzibą w Bratisławie, Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02, Słowacja, o numerze identyfikacyjnym: 47 251 301. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności NOVIS Poistovňa a.s., z siedzibą w Bratisławie, Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02, Słowacja, o numerze identyfikacyjnym: 47 251 301 do wysokości odszkodowania lub świadczenia. ☐ Tak ☐ Nie
- Oświadczam oraz potwierdzam podpisem, że z odpowiednim wyprzedzeniem przed podpisaniem Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia otrzymałem/otrzymałam w formie papierowej oraz zapoznałem/zapoznałam się z dokumentami zawierającymi kluczowe informacje odnośnie detalicznego produktu zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowego produktu inwestycyjnego (tzw. PRIIPs KID) wraz z dokumentem uzupełniającym, tj. Broszura Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych NOVIS dla produktu „Wealth Insuring”. ☐ Tak ☐ Nie

- Ubezpieczony oświadcza: Nie jestem osobą zaangażowaną w finansowanie terroryzmu w rozumieniu obowiązujących przepisów o praniu brudnych pieniędzy. W rozumieniu tych przepisów nie jestem również osobą pełniącą eksponowane stanowisko polityczne. ☐ Tak ☐ Nie
- Ubezpieczony oświadcza, że nie jest obywatelem USA, nie jest podatnikiem w USA, nie posiada Zielonej Karty i nie jest osobą pełniącą eksponowane funkcje polityczne. Swoim podpisem ubezpieczony potwierdza, że wszystkie dane we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, włącznie z danymi służącymi stwierdzeniu tożsamości, zostały podane zgodnie z przepisami o praniu brudnych pieniędzy i są kompletne i prawdziwe. ☐ Tak ☐ Nie
- Ubezpieczony oświadcza, że w przypadku gdyby któreś z powyższych oświadczeń uległo zmianie, poinformuje on o tym fakcie towarzystwo ubezpieczeniowe w formie pisemnej i umożliwi towarzystwu wypełnienie jego ustawowych zobowiązań. ☐ Tak ☐ Nie
- Ubezpieczony zdaje sobie sprawę, że dostarczanie Ubezpieczycielowi danych osobowych dotyczących ich zdrowia jest zawsze dobrowolne, ale w przypadku nieprzekazania ich, nie jest możliwe wypełnienie wszystkich zobowiązań wynikających z umowy. ☐ Tak ☐ Nie
- Niniejszym oświadczam swoim podpisem i potwierdzam, że otrzymałem dokument „Informacje dla klientów o ochronie danych osobowych” na piśmie, stworzony przez NOVIS Poistovňa a.s., w odpowiednim czasie przed podpisaniem Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. ☐ Tak ☐ Nie
- Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia dla produktu ubezpieczeniowego NOVIS „Wealth Insuring” GTC-70171003. ☐ Tak ☐ Nie

Podpis Ubezpieczonego

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Aneks został wypełniony przez Ubezpieczającego razem z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do rozpatrzenia aneksu w ciągu 8 tygodni po dostarczeniu jej do Ubezpieczyciela.

Zakres ochrony wskazany w tym aneksie jest ważny po pozytywnym rozpatrzeniu niniejszego aneksu.

W tym celu Ubezpieczyciel musi otrzymać aneks kompletny, wypełniony poprawnie i zgodnie z prawdą. Ponadto musi on być podpisany wraz z innymi dokumentami wymaganymi przez Ubezpieczyciela. Wszystkie ewentualne dodatkowe badania lekarskie muszą zostać wykonane, a ich wyniki należy dostarczyć w tym samym czasie.

PODPISY

☐ Zezwalam Towarzystwu Ubezpieczeniowemu na prowadzenie doradztwa przez telefon, pocztą elektroniczną i przesyłanie mi ofert. Tę zgodę mogę odwołać w każdym momencie bez podania przyczyny, pisemnie na adres NOVIS Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A. (NOVIS Poistovňa a.s.).

Potwierdzam niniejszym otrzymanie następujących dokumentów

☐ Ogólne Warunki Ubezpieczenia

☐ Dodatkowy formularz do ankiety medycznej

Wnioskowana Umowa ubezpieczenia podlega polskim przepisom regulującym zawieranie umów ubezpieczeniowych, przepisom dyrektywy UE o prawach konsumentów 2011/83/EU oraz polskiemu prawu podatkowemu.

Miejscowość

Miejscowość

Data, podpis UBEZPIECZONEGO

Data, podpis UBEZPIECZAJĄCEGO

IDENTYFIKACJA UBEZPIECZONEGO I PODPIS AGENTA

Identyfikacja Ubezpieczonego zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Numer dokumentu

Ubezpieczający wylegitymował się:

☐ dowodem osobistym

☐ paszportem

Miejsce wystawienia

Organ wystawiający

Data ważności

Kraj wystawienia

Jako agent potwierdzam, że pobrałem niezbędne dane Ubezpieczającego w jego obecności do celów identyfikacyjnych. Prawdziwość danych i autentyczność podpisu/ów zweryfikowałem na podstawie przedłożonego dokumentu tożsamości. Pobrane dane potwierdzam jako prawidłowe. Ponadto nie są znane żadne inne okoliczności zwiększające ryzyko, o ile nie zostały one podane w odrębnym raporcie.

Miejscowość, data

Podpis agenta

Towarzystwo Ubezpieczeniowe NOVIS S.A.

NOVIS to wyjątkowe towarzystwo ubezpieczeniowe oferujące swoim klientom w dziesięciu krajach europejskich wiele innowacyjnych rozwiązań. Na początku 2018 roku weszliśmy na rynek szwedzki i islandzki.

Globalny charakter działalności NOVIS przejawia się także w tym, że towarzystwo oferuje swoje usługi również fachowcom zatrudnionym za granicą.



