

WNIOSEK O ZAWARCIE
UMOWY UBEZPIECZENIA

Wealth Insuring

powered by



Firma dystrybutora

Agent

Nr ewidencyjny firmy dystrybutora

Nr. Agenta

UBEZPIECZAJĄCY

☐ Pan ☐ Pani

Stan cywilny

☐ żonaty/zamężna

Data urodzenia

Imię

Miejsce urodzenia, Kraj

Nazwisko

PESEL

Ulica, Nr.

Narodowość

Kod pocztowy

IBAN

Miejscowość

Telefon

Adres do korespondencji

E-Mail

Proszę wypełnić tylko w przypadku, gdy krajem rezydencji podatkowej nie jest Polska:

Państwo, w którym wnioskodawca ma miejsce zamieszkania dla celów podatkowych

Numer identyfikacji podatkowej

POCZĄTEK UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Początek ubezpieczenia

Składka jednorazowa wynosi min. 6.000 zł

Składka regularna miesięczna (W przypadku wieku wpisowego do 40. lat min. 150 zł/ na miesiąc, a w przypadku wieku wpisowego powyżej 40. lat min. 200 zł/na miesiąc.)

Płatność składki:

☐ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi w rozumieniu artykułu 1.4 OWU minimalnie 10-krotność rocznej składki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

Początek ubezpieczenia
ryzyka:

Suma ubezpieczenia w razie śmierci

Suma ubezpieczenia w razie chorób, operacji i koniecznej opieki

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

Bonus NOVIS za dożycie

☐ Tak ☐ Nie

Dla każdego z powyższych 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.

BONUS LOJALNOŚCIOWY NOVIS:

- ☐ 4.000 zł, jeśli klient wnioskuję o składkę jednorazową i składkę regularną
- ☐ 2.000 zł, jeśli klient wnioskuję o składkę jednorazową lub składkę regularną
- ☐ Nie wyrażam zgody na dynamizację

WARIANT ALOKACJI

Proszę wypełnić stosunek alokacji w % obok wybranych funduszy ubezpieczeniowych, w przypadku nie wypełnienia, wszystkie fundusze zostaną równomiernie rozłożone:

NOVIS Gwarantowanie Rosnący Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS ETF Akcyjny Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS Gold Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS Przedsiębiorstw Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS Hipoteczny Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS Family Office Fundusz Ubezpieczeniowy
(max. 70%)

NOVIS World Brands Fundusz Ubezpieczeniowy

NOVIS Digital Assets Fundusz Ubezpieczeniowy

Łącznie:

100 %

☐ Równomierny podział funduszy

☐ Chcę wykorzystać NOVIS Gwarantowanie Rosnący Fundusz Ubezpieczeniowy bez ograniczenia maksymalnego podziału

SPOSÓB PŁATNOŚCI UBEZPIECZAJĄCEGO

☐ Przelew - kopia druku przelewu jest załączona do wniosku w celu identyfikacji

☐ Zlecenie stałe - podpisana dyspozycja w systemie SEPA z numerem wniosku jest załączona do wniosku

☐ Płatność w kryptowalucie

OSOBY UPOSAŻONE

Imię i Nazwisko	Data urodzenia	
		%
		%

Suma 100 %

Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje również „NOVIS Bonus za dożycie”, wówczas uprawnionymi z tytułu otrzymania świadczenia z tego tytułu w razie śmierci Ubezpieczającego będą wszyscy inni Ubezpieczający, którzy zawarli z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia obejmującą swym zakresem również „NOVIS Bonus za dożycie”, obowiązujący w dniu śmierci Ubezpieczającego. Świadczenie należne każdemu z Ubezpieczających będzie obliczane w proporcji odpowiedniej do udziału wartości ich indywidualnego salda konta ubezpieczeniowego w sumie sald kont ubezpieczeniowych wszystkich Ubezpieczających uprawnionych do otrzymania przedmiotowego świadczenia. W takim wypadku kwota wypłacanego świadczenia powiększy indywidualne saldo konta ubezpieczeniowego każdego z takich Ubezpieczających, zgodnie z zasadami wynikającymi z warunków ubezpieczenia. Potwierdzam wskazanie innych Ubezpieczających jako uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu NOVIS Bonus za dożycie, na powyższych zasadach.

Podpis

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 zachorowanie)

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

Oświadczam, że obecnie jestem w pełni zdolny/zdolna 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/byłam hospitalizowany w ciągu ostatnich 5 lat oraz, że nie chorowałem ani nie byłem na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie przez okres dłuższy jak 3 tygodnie z powodu chorób, objawów czy innych problemów ze stanem zdrowia.

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

☐ Tak ☐ Nie

Data, podpis osoby Ubezpieczającej

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 o stanie zdrowia zamieszczone na tej stronie.

ANKIETA MEDYCZNA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO

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 jakiegokolwiek 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 jakiegokolwiek towarzystwo ubezpieczeniowe odrzuciło, odroczyło 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 jakiegokolwiek szczególne zagrożenia? (np. niebezpieczne i łatwopalne substancje, niebezpieczne sporty takie jak: spadochroniarstwo, paralotniarstwo, prywatny samolot silnikowy lub łatanie 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 przeżył/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 jakiegokolwiek 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/i 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 służą jedynie jako przykłady chorób danego organu. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przeżywał/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 napaadowe, 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, zator, astma, gruźlica, katar sienny, przewlekłe zapalenie oskrzeli i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
e) Oczy i uszy (np. niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, zaćma, ślepotą, 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, nierówność 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, śwęd, zaczerwienienie, alergia i inne)	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
k) Wątroba, gruczoły, choroby przemiany materii (np. cukrzyca, podwyższone stężenie cholesterolu lub enzymów wątrobowych, dna moczianowa, 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 UBEZPIEZAJĄCEGO

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 Poistovní 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 Poistovní 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 Poistovní 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 udzielały 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 Poistovní 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 udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności NOVIS Poistovní 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

- Ubezpieczający 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
- Ubezpieczający 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 ubezpieczający 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
- Ubezpieczający 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
- Ubezpieczający 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 Poistovní 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 i otrzymałem/am je w formie pisemnej. ☐ Tak ☐ Nie

Data i podpis Ubezpieczającego

POUCZENIE O ODSĄPIENIU

Ubezpieczający może odkupić Umowę ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o zawarciu Umowy ubezpieczenia. Klient zgodnie z prawem może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia po otrzymaniu listu w pierwszą rocznicę zawarcia polisy ubezpie-

czeniowej. Chęć wykupu Umowy ubezpieczenia musi zostać wysłana na skrzynkę e-mail zarządzaniemowami@novis.eu lub przesłana drogą pocztową na adres Ubezpieczyciela.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wypełnia Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Termin rozpatrzenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela wynosi dwa miesiące od daty jego doręczenia. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu, w którym Ubezpieczający otrzyma zawiadomienie o pozytywnym rozpatrzeniu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Warunkiem pozytywnego rozpatrzenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jest łączne spełnienie następujących przesłanek:

a) poprawne wypełnienie i podpisanie przez Ubezpieczającego kompletnego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;

b) zapłata pierwszej składki w wysokości określonej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;

c) pozytywna ocena przez Ubezpieczyciela, dokonana na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego, spełnienia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego warunków ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk.

Ubezpieczyciel prześle potwierdzenie pozytywnego rozpatrzenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na adres e-mail podany przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Ponadto Ubezpieczyciel prześle na adres wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia dokument polisy ubezpieczeniowej.

PODPIS UBEZPIEZAJĄCEGO W CELU ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA NOVIS „Wealth Insuring”

☐ Zezwalam towarzystwu ubezpieczeniowemu na prowadzenie doradztwa przez telefon, pocztą elektroniczną i przesyłanie mi propozycji, ofert. Tę zgodę mogę odwołać w każdym momencie bez podania przyczyny, pisemnie na adres Ubezpieczyciela.

Do niniejszego wniosku dołączonych jest _____ formularzy dodatkowych.

Potwierdzam niniejszym otrzymanie następujących dokumentów:

☐ protokół doradcy

☐ obliczenie oferty

☐ Regulaminy UKF NOVIS

☐ Ogólne warunki ubezpieczenia

☐ dodatkowy formularz do ankiety obliczenie oferty medycznej ubezpieczającego

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego

IDENTYFIKACJA UBEZPIEZAJĄCEGO I PODPIS AGENTA

Identyfikacja Ubezpieczającego 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.



