

# BEST VALUE

powered by



**BROKERIA**  
the best way for you

**DODATOK PRE POISTENÚ OSOBU**

Názov SFA **Brokeria, a.s.**

Reg. číslo SFA **216132**

Meno PFA

Reg. číslo PFA

Telefón/Mobil PFA

E-mail PFA

### POISTNÍK

Meno a Priezvisko

Rodné číslo (ak nebolo pridelené  
uvedte dátum narodenia)

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

Štátna príslušnosť

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

### POISTENÁ OSOBA

Titul

Dátum narodenia    .    .

Meno

Rodné číslo

Priezvisko

Štátna príslušnosť

Ulica, číslo

Miesto narodenia

PSČ

Telefón / Mobil

Obec

E-Mail

Korešpondenčná adresa

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (SPLNOMOCNENÁ OSOBA)

1. Meno a Priezvisko

Vzťah k poistenej osobe

Rodné číslo (ak nebolo pridelené  
uvedte dátum narodenia)

Štátna príslušnosť

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

### ŽELANÉ POISTNÉ KRYTIE

Minimálna poistná suma pre jedno pripoistenie je 5.000 €.  
Minimálna kumulatívna poistná suma celej poistnej zmluvy je 20.000 €.

Pripoistenie pre prípad smrti    0 0 0 €

Pripoistenie pre prípad úrazu<sup>1</sup>    0 0 0 €

Pripoistenie pre prípad chorôb a operácií<sup>2</sup>    0 0 0 €

Pripoistenie invalidity<sup>3</sup>    0 0 0 €

<sup>1</sup> Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu.

<sup>2</sup> Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia v dôsledku ochorenia a/alebo úrazu a pracovná neschopnosť v dôsledku choroby.

<sup>3</sup> Je možné uzavrieť iba od 18 rokov.

### POZNÁMKY

### OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTENEJ OSOBY

Priezvisko, meno, titul	Dátum narodenia	Podiel v %
		%
		%
		%

## ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU POISTENEJ OSOBY:

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre pripoistenie smrti najviac 30.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, žiadne iné pripoistenia.

### Odpovedzte pravdivo na nasledujúce otázky:

1. Máte momentálne zníženú pracovnú schopnosť, poberáte alebo ste požiadali o poberanie dávok z dôvodu zníženej pracovnej schopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodober opateru?  Áno  Nie
2. Boli ste hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov?  Áno  Nie
3. Liečili ste sa v období posledných 5 rokov alebo užívali ste lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb?  Áno  Nie
4. Mali ste alebo máte nejaké z nasledujúcich ochorení: maligne nádorové ochorenie, ochorenie nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda?  Áno  Nie

Dátum

Podpis poistenej osoby

Ak je odpoveď aspoň na jednu z uvedených otázok „ÁNO“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka priloženého k tomuto dodatku poistenej osoby.

## VYHLÁSENIA POISTENEJ OSOBY A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poistnými podmienkami spoločnosti NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (ďalej len „poistiteľ“) pre produkt NOVIS „Best Value“ platnými pre návrh na uzavretie poistnej zmluvy alebo pre poistnú zmluvu, ku ktorej sa tento dodatok pre poistenú osobu zjednáva.

Áno  Nie

**Splnomocňujem** poistiteľa, aby podľa potreby preveroval môj zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil/a, liečim sa a budem sa liečiť. Takisto splnomocňujem poistiteľa k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom uzatvorenia a zmien poistnej zmluvy a pre vybavenie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti vo vzťahu k mojim lekárom, zdravotníckym zariadeniam a zdravotnej poisťovni. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poistiteľovi všetkých lekárov a zdravotníckych zariadení, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval/a svoj zdravotný stav. V prípade potreby sa zaväzujem na žiadosť poistiteľa vystaviť poistiteľovi osobitné plnomocenstvo v potrebnom rozsahu. **Beriem na vedomie, že ak plnomocenstvo neudelim alebo ho zruším, a táto skutočnosť bude mať vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť, poistiteľ si vyhradzuje právo neplniť, kým nebude udelené plnomocenstvo, ktoré poistiteľovi umožní preskúmanie zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy.**

Áno  Nie

**Vyhlasujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto dodatku poistenej osoby v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „**Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov**“ vytvoreným poistiteľom.

Áno  Nie

**Vyhlasujem, že nie som politicky exponovanou osobou** v zmysle platných právnych predpisov v oblasti ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu a zároveň sa zaväzujem, že ak sa v priebehu trvania zmluvného vzťahu s poistiteľom takouto osobou stanem, oznámim túto skutočnosť bez zbytočného odkladu poistiteľovi a vyplním Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

Áno  Nie

V prípade odpovede „nie“ je potrebné vyplniť samostatné Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

**Vyhlasujem, že nie som daňovým rezidentom USA**, nie som občanom USA a ani moje miesto narodenia nie je v USA.

Áno  Nie

**Akkoľvek zmeny týkajúce sa vyhlásení poistenej osoby, či údajov uvedených v dodatku poistenej osoby, je poistená osoba v prípade, že dôjde k uzavretiu dodatku poistenej osoby, povinná oznámiť poistiteľovi, a to bez zbytočného odkladu.**

Vyznačte alebo uveďte tie dokumenty, ktoré predkladáte poistiteľovi ako prílohu k tomuto dodatku poistenej osoby:

Počet príloh

Zdravotná dokumentácia

Kópia dokladu totožnosti - poistník

Zdravotný dotazník poistenej osoby

Kópia dokladu totožnosti - poistená osoba

Kópia dokladu totožnosti - zástupca poistenej osoby

Iné

Tento dodatok poistenej osoby dáva poistník a je adresovaný poisťiteľovi. Lehota na prijatie dodatku poistenej osoby zo strany poisťiteľa je dva mesiace odo dňa doručenia dodatku poistenej osoby do sídla poisťiteľa. Dodatok poistenej osoby je platný dňom keď poistník dostane oznámenie o prijatí dodatku poistenej osoby.

Poisťiteľ zašle oznámenie o prijatí dodatku poistenej osoby. Dátum začiatku poistenia je uvedený na potvrdení o uzavretí poistnej zmluvy alebo v potvrdení o uzavretí dodatku poistenej osoby. Bez podpisov poistníka a poistenej osoby nie je možné dodatok poistenej osoby akceptovať.

Svojím podpisom **potvrdzujem**, že všetky údaje v dodatku poistenej osoby sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum

Podpis poistníka

Podpis poistenej osoby

#### SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ spracúval moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, e-mail, telefón/mobil, adresa, pre účely marketingových činností poisťiteľa (najmä na uskutočnenie priamej marketingovej komunikácie ako elektronický newsletter, ponuky produktov poisťiteľa, súťaže pre klientov, ankety spokojnosti), a to počas trvania tohto dodatku poistenej osoby a po dobu jedného roka po jeho skončení. V prípade neuzavretia tohto dodatku poistenej osoby bude

tento súhlas platiť po dobu jedného roka od dátumu podpisu tohto dodatku poistenej osoby. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Bližšie informácie o ochrane osobných údajov nájdete v dokumente „Informácie pre klienta o ochrane osobných údajov“ alebo na webovom sídle poisťiteľa <https://www.novis.eu/sk/ochrana-osobnych-udajov>.

Áno  Nie

Dátum

Podpis poistenej osoby

#### IDENTIFIKÁCIA POISTNÍKA A POISTENEJ OSOBY

Poistník:	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu: _____	Dátum platnosti: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]
Poistená osoba:	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu: _____	Dátum platnosti: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]
1. zákonný zástupca/ splnomocnená osoba	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu: _____	Dátum platnosti: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Finančný agent, ktorý tento dodatok pre poistenú osobu prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poistníka, poistenej osoby a jej zástupcu za ich fyzickej prítomnosti v súlade s § 7 a § 8 zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pre financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov najmä, nie však výlučne, že: a) získal údaje o poistníkovi, poistenej osobe a o jej zástupcovi a uviedol ich v dodatku pre poistenú osobu, b) údaje uvedené v dodatku pre poistenú osobu zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženým poistenou osobou a c) overil súlad podôb poistníka, poistenej osoby a jej zástupcu s ich podobou uvedenou v príslušných dokladoch totožnosti.

Dátum

Podpis finančného agenta

## DEFINÍCIA NIEKTORÝCH ZÁKLADNÝCH POJMOV

**Politicky exponovaná osoba (PEP)** je v zmysle zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

- a) fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, ktorou je hlava štátu, predseda vlády, podpredseda vlády, minister, vedúci ústredného orgánu štátnej správy, štátny tajomník alebo obdobný zástupca ministra, poslanec zákonodarného zboru, sudca najvyššieho súdu, sudca ústavného súdu alebo iných súdnych orgánov vyššieho stupňa, proti rozhodnutiu ktorých sa s výnimkou osobitných prípadov už nemožno odvolať, člen dvora audítorov alebo rady centrálnej banky, veľvyslanec, chargé d'affaires, vysoko postavený príslušník ozbrojených síl, ozbrojených zborov alebo ozbrojených bezpečnostných zborov, člen riadiaceho orgánu, dozorného orgánu alebo kontrolného orgánu štátneho podniku alebo obchodnej spoločnosti patriacej do vlastníctva štátu, alebo osoba v inej obdobnej funkcii vykonávanej v inštitúciách Európskej únie alebo v medzinárodných organizáciách, člen štatutárneho orgánu politickej strany alebo politického hnutia;
- b) fyzická osoba, ktorou je manžel, manželka alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako manžel alebo manželka osoby uvedenej v písmene a), dieťa, zať, nevesta osoby uvedenej v písmene a) alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako zať alebo nevesta osoby uvedenej v písmene a), alebo rodič osoby uvedenej v písmene a);
- c) fyzická osoba, o ktorej je známe, že je konečným užívateľom výhod rovnakého klienta alebo inak ovláda rovnakého klienta ako osoba uvedená v písmene a) alebo podniká spolu s osobou uvedenou v písmene a), alebo klienta, ktorý bol zriadený v prospech osoby uvedenej v písmene a).

# Medzinárodná od základu

NOVIS je unikátna poisťovňa postavená na inovatívnom prístupe k návrhu produktov a novom obchodnom modeli.

Náš globálny ekosystém sa kontinuálne rozrastá a produkty NOVIS-u využívajú klienti v jedenástich európskych krajinách.

