

BEST VALUE

powered by



BROKERIA
the best way for you

**NÁVRH NA UZAVRETIE
POISTNEJ ZMLUVY**

Názov SFA **Brokeria, a.s.**

GTC-10200927

Meno PFA

Reg. číslo SFA **216132**

Telefón/Mobil PFA

Reg. číslo PFA

Režim zmluvy

E-mail PFA

POISTNÍK

Titul	Dátum narodenia	<input type="text"/>
Meno	Rodné číslo	<input type="text"/>
Priezvisko	Štátna príslušnosť	<input type="text"/>
Ulica, číslo	Miesto narodenia	<input type="text"/>
PSČ	Obec	IBAN
Telefón / Mobil	E-Mail	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa		
Krajina daňovej rezidencie	Daňové číslo	<input type="text"/>

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (SPLNOMOCNENÁ OSOBA)

1. Meno a Priezvisko	Vzťah k poistníkovi
Rodné číslo (ak nebolo pridelené, uveďte dátum narodenia)	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)	
2. Meno a Priezvisko	Vzťah k poistníkovi
Rodné číslo (ak nebolo pridelené, uveďte dátum narodenia)	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)	

ZAČIATOK POISTENIA A POISTNÉ

Technický začiatok

Bežne platené poistné (min. 30 € mesačne) mesačne €

POISTNÁ DOBA

Prosím vyberte jednu z možností doby trvania poistenia:

Doba neurčitá (NOVIS vernostný bonus 3 000 €, podmienky vyplatenia nájdete v čl. 10 a čl. 12 VPP)

Doba určitá: do dovŕšenia veku _____ rokov poistníka alebo na dobu _____ rokov.

Doba určitá musí byť najmenej 20 rokov a najviac do veku 64 rokov. NOVIS vernostný bonus pri dohodnutom trvaní menej ako 30 rokov 1 000 €, pri dohodnutom trvaní od 30 do 39 rokov 2 000 € a pri dohodnutom trvaní 40 a viac rokov 3 000 €. Podmienky vyplatenia nájdete v čl. 10 a čl. 12 VPP.

ŽELANÉ POISTENIE A PRIPOISTENIA

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

Poistenie pre prípad smrti €

Pripoistenie pre prípad úrazu¹ €

Pripoistenie pre prípad chorôb a operácií² €

Pripoistenie invalidity³ €

Pripoistenie oslobodenia od povinnosti platiť poistné³ €

ALOKAČNÝ POMER

Vyplňte požadovanú alokáciu do ponúkaných poistných fondov s prihliadnutím na výsledok posúdenia vhodnosti a primeranosti:

NOVIS Fixed Income Poistný Fond	<input type="text"/> %
NOVIS Global Select Poistný Fond	<input type="text"/> %
NOVIS Sustainability Poistný Fond	<input type="text"/> %
NOVIS Discovery Poistný fond	<input type="text"/> %
NOVIS Sustainability Plus Poistný Fond	<input type="text"/> %
SPOLU	1 0 0 %

¹ Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu.
² Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia v dôsledku ochorenia a/alebo úrazu a pracovná neschopnosť v dôsledku choroby.
³ Je možné uzavrieť iba od 18 rokov.

SPÔSOB PLATBY POISTNÉHO

SEPA inkaso Trvalý príkaz Bankový prevod Vklad v hotovosti na účet Poštová poukážka

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTNÍKA

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

ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU:

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

Odpovedzte prosím pravdivo na nasledujúce otázky:

- Máte momentálne zníženú pracovnú schopnosť, poberáte alebo ste požiadali o poberanie dávok z dôvodu zníženej pracovnej schopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodobej opatery? Áno Nie
- Boli ste hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov? Áno Nie
- 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
- Mali ste alebo máte nejaké z nasledujúcich ochorení: malígne nádorové ochorenie, ochorenie nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda? Áno Nie

Dátum

Podpis poistníka

Ak je odpoveď aspoň na jednu z uvedených otázok „ÁNO“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka priloženého k tomuto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy.

DOHODA O ELEKTRONICKEJ KOMUNIKÁCI

Mám záujem uzatvoriť dohodu o elektronickej komunikácii so spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (ďalej len „poistiteľ“). Na základe tejto dohody môže poistiteľ všetku korešpondenciu týkajúcu sa tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy ako aj poistnej zmluvy, ktorá bude prostredníctvom tohto návrhu uzavretá zaslať na moju vyššie uvedenú e-mailovú adresu. Zároveň sa zaväzujem poistiteľovi nahlásiť každú zmenu mojej e-mailovej adresy. Ak zmenu neoznámim, beriem na vedomie, že poistiteľ nezodpovedá za žiadnu ujmu, ktorá mi v tejto súvislosti vznikne; zároveň sa neoznámenie zmeny môže považovať za zmanenie možnosti poistiteľa doručiť mi korešpondenciu týkajúcu sa mojej

poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že túto dohodu môžem ja alebo poistiteľ kedykoľvek odvolať s okamžitou účinnosťou odo dňa doručenia odvolania súhlasu mne / poistiteľovi alebo neskôr v zmysle príslušnej žiadosti.

Poistiteľ sa na základe tejto dohody zaväzuje prijímať korešpondenciu odo mňa týkajúcu sa mojej poistnej zmluvy na emailovej adrese spravazmluv@novis.eu. Poistiteľ sa zaväzuje nahlásiť akúkoľvek zmenu svojej emailovej adresy. Neoznámenie takejto zmeny má rovnaké následky ako neoznámenie zmeny e-mailovej adresy z mojej strany.

Áno Nie

VYHLÁSENIA POISTNÍKA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poistnými podmienkami GTC-10200927 poistiteľa (ďalej len „VPP“), ktorých neoddeliteľnou súčasťou sú aj sadzovník zrážok za náklady v súvislosti s poistnou zmluvou, sadzovník pre poistné riziká a oceňovacie tabuľky a že som ich prevzal/a v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so **štatútmi vlastných fondov poistiteľa** a prevzal/a ich v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s **modeláciou poistenia** vytvorenou v súlade s týmto návrhom na uzavretie poistnej zmluvy a že som ju prevzal/a v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s **Dokumentmi s kľúčovými informáciami (KID)** vytvorenými poistiteľom.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s dokumentom „**Informačný formulár k poisteniu s odkupnou hodnotou, ktoré je spojené s investičnými fondmi**“ vytvoreným v súlade s týmto návrhom na uzavretie poistnej zmluvy a že som ho prevzal/a v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s **predzmluvným dokumentom obsahujúcim informácie o trvalej udržateľnosti vrátane príloh o environmentálnych a/alebo sociálnych vlastnostiach produktu a udržateľnom investičnom ciele**.

Áno Nie

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

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s dokumentom „**Popis fungovania poistného účtu**“ vytvoreným poistiteľom a prevzal/a ho v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som bol poučený/á o **rizikách spojených s investovaním** v súvislosti s týmto produktom, a to najmä, že doterajšie výnosy nie sú určujúcim faktorom budúcich výnosov. Tento produkt predstavuje investíciu dlhodobého charakteru a výška odkupnej hodnoty najmä pri predčasnom zániku poistenia môže byť výrazne nižšia ako hodnota poistníkom zaplateného poistného.

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 lekárskej 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 nie som **osobou s osobitným vzťahom k poistiteľovi**. Beriem na vedomie, že som povinný/á poskytnúť poistiteľovi pravdivé informácie. Poskytnutie nepravdivých informácií má za následok neplatnosť uzavretia poistnej zmluvy.

Áno Nie

Vyhlasujem, že uzavretie poistnej zmluvy vykonávam vo vlastnom mene, na vlastný účet a **finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v mojom vlastníctve**, ak použijem na platenie poistného finančné prostriedky vo vlastníctve inej osoby, zaväzujem sa bezodkladne písomne oznámiť poisťiteľovi túto skutočnosť vrátane identifikačných údajov tejto osoby. **Áno** **Nie**

V prípade odpovede „nie“ je potrebné vyplniť samostatné Čestné vyhlásenie o konaní a vlastníctve finančných prostriedkov.

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 poisťiteľom takouto osobou stanem,

Vyznačte alebo uveďte tie dokumenty, ktoré predkladáte poisťiteľovi ako prílohu k tomuto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy:

Počet príloh **Kópia dokladu totožnosti - poisťník** **Kópia dokladu totožnosti - zástupca poisťníka** **Modelácia poistenia** **Zdravotný dotazník poisťníka alebo poistenej osoby ak je poisťníkom právnická osoba**

Doklad o zaplatení **Dodatok pre ďalšiu poistenú osobu** **Zdravotná dokumentácia** **Informačný formulár**

Iné

Tento návrh na uzavretie poistnej zmluvy dáva poisťník a je adresovaný poisťiteľovi. Lehota na prijatie návrhu na uzavretie poistnej zmluvy zo strany poisťiteľa je dva mesiace odo dňa doručenia návrhu na uzavretie poistnej zmluvy do sídla poisťiteľa. Poistná zmluva je uzavretá dňom, keď poisťník dostane oznámenie o prijatí svojho návrhu na uzavretie poistnej zmluvy. Poisťiteľ vystaví poisťníkovi poistku ako potvrdenie o uzatvorení poistnej zmluvy.

Neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy tvoria VPP spolu s oceňovacími tabuľkami (pre chirurgické zákroky v dôsledku choroby, trvalé následky v dôsledku úrazu a rozšírené úrazové krytie - dobu nevyhnutnej liečby), sadzovníkom zrážok za náklady v súvislosti s poistnou zmluvou, sadzovníkom pre poistné riziká, štatúty vlastných fondov poisťiteľa a modelácia poistenia v časti modelácie odkupných hodnôt. Tieto dokumenty upravujú všetky náležitosti poistnej zmluvy, ktoré nie sú upravené v tomto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy alebo v poistnej zmluve.

Dokiaľ nebola zmluva uzavretá, môže poisťník návrh odvolať, ak odvolanie dôjde poisťiteľovi skôr, než poisťiteľ odošle prijatie návrhu. Od poistnej zmluvy môže poisťník odstúpiť v lehote 30 dní od obdržania oznámenia o uzatvorení poistnej zmluvy aj bez uvedenia dôvodu, pričom odstúpenie musí byť vykonané v písomnej forme. Informáciu o odstúpení je potrebné zaslať e-mailom na spravazmluv@novis.eu alebo poštou na adresu: Správa poistných zmlúv SR, NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava.

Svojím podpisom **potvrďujem**, že všetky údaje v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum

Podpis poisťníka*

*V prípade, ak je poisťníkom maloleté dieťa, uveďte podpis oboch zákonných zástupcov

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ spracovával 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, sťažce pre klientov, ankety spokojnosti), a to počas trvania tejto poistnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. V prípade neuzavretia poistnej zmluvy bude tento súhlas platiť

po dobu jedného roka od dátumu podpisu tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy. 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>.

Dátum

Podpis poisťníka

Áno **Nie**

IDENTIFIKÁCIA POISŤNÍKA

Preukaz totožnosti: **OP** **Cest. pas** Číslo dokladu: _____ Dátum platnosti: ...
1. **zákonný zástupca/ splnomocnená osoba** **OP** **Cest. pas** Číslo dokladu: _____ Dátum platnosti: ...
2. **zákonný zástupca/ splnomocnená osoba** **OP** **Cest. pas** Číslo dokladu: _____ Dátum platnosti: ...

Finančný agent, ktorý tento návrh na uzavretie poistnej zmluvy prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poisťníka a jeho zástupcov 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 financovanie terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov najmä, nie však výlučne, že: a) získal údaje o poisťníkovi a jeho zástupcoch a uviedol ich v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy, b) údaje uvedené v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženým poisťníkom a c) overil súlad podob poisťníka a jeho zástupcov 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).

Osobami s osobitným vzťahom k poisťiteľovi sú v zmysle zákona o poisťovníctve:

- a) členovia štatutárneho orgánu poisťovne,
- b) členovia dozornej rady poisťovne,
- c) osoby, ktoré sú zodpovedné za výkon kľúčovej funkcie v poisťovni,
- d) osoby, ktoré majú kontrolu nad poisťovňou a členovia štatutárnych orgánov týchto právnických osôb,
- e) právnické osoby, v ktorých niektoré z osôb uvedených v písmenách a) až d) majú kvalifikovanú účasť,
- f) akcionári, ktorí majú kvalifikovanú účasť na poisťovni a právnická osoba, ktorá je pod ich kontrolou alebo ktorá má nad nimi kontrolu,
- g) právnické osoby pod kontrolou poisťovne,
- h) členovia Bankovej rady Národnej banky Slovenska,
- i) audítori alebo fyzické osoby, ktoré vykonávajú v mene audítorskej spoločnosti audítorskú činnosť v poisťovni,
- j) nútený správca poisťovne, zástupca núteného správcu a pribratý odborný poradca, počas nútenej správy,
- k) osoby, ktoré majú uzavretý právny vzťah s poisťovňou, ktorý môže viesť k vzniku kvalifikovanej účasti na poisťovni.

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.

