



NOVIS
Bezpečný
život

NÁVRH NA UZAVRETIE POISTNEJ ZMLUVY

Názov SFA

Meno PFA

Telefón/Mobil PFA

Režim zmluvy

Reg. číslo SFA

Reg. číslo PFA

E-mail PFA

POISTNÍK

Titul	Dátum narodenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meno	Miesto narodenia						
Priezvisko	Rodné číslo						
Ulica, číslo	Štátna príslušnosť						
PSČ	Obec	Iná štátna príslušnosť	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>	Áno (uved'te aká):	
Telefón / Mobil							
E-Mail	IBAN						
Korešpondenčná adresa							

ZAČIATOK POISTENIA A POISTNÉ

Technický začiatok poistnej zmluvy

0120

Bežne platené poistné

Poistné obdobie: mesačné

Poistné sa počas poistnej doby upravuje podľa veku poisteného. Výška mesačného poistného je určená na základe **Tabuľky výšky bežne plateného poistného** pre jednotlivé poistné roky, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

POISTNÁ DOBA

Prosím, vyberte jednu z možností doby trvania poistenia:

 do dovŕšenia technického veku* _____ poistníka.

Poistenie automaticky zanikne deň pred výročím technického začiatku poistnej zmluvy v roku, keď poistník dovŕši uvedený technický vek.

 na dobu _____ rokov.

Minimálna doba trvania poistnej zmluvy je 10 rokov, pričom poistná zmluva môže trvať maximálne k poslednému dňu pred výročím technického začiatku poistnej zmluvy v roku, keď poistník dovŕši technický vek * 75 rokov.

* rozdiel medzi aktuálnym rokom a rokom narodenia

ŽELANÉ POISTENIE A PRIPOISTENIA

Poistnú zmluvu je možné uzavrieť len od 18 rokov skutočného veku. Minimálna poistná suma pre jedno poistenie/pripoistenie je 5 000 €. Minimálna kumulatívna poistná suma celej poistnej zmluvy je 20 000 €.

Výška poistných súm

Poistenie pre prípad smrti (povinné)

000 €Pripoistenie pre prípad úrazu¹000 €Pripoistenie pre prípad chorôb a operácií²000 €

Pripoistenie invalidity

000 €

Pripoistenie oslobodenia od povinnosti platiť poistné

 Áno Nie

¹ Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu. Poistná suma pre toto pripoistenie nemôže presahovať dvojnásobok poistnej sumy pre poistenie pre prípad smrti pre danú poistenú osobu.

² Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia v dôsledku ochorenia a/alebo úrazu a pracovná neschopnosť v dôsledku choroby. Poistná suma pre toto pripoistenie nemôže presahovať dvojnásobok poistnej sumy pre poistenie pre prípad smrti pre danú poistenú osobu.

SPÔSOB PLATBY POISTNÉHO SEPA inkaso Trvalý príkaz Bankový prevod Vklad v hotovosti na účet

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTNÍKA

Priezvisko, meno, titul/Obchodný názov	Dátum narodenia/IČO	Adresa trvalého pobytu/Sídlo	Podiel v %
			%
			%
			%

DOHODA O ELEKTRONICKEJ KOMUNIKÁCI

Mám záujem uzatvoriť dohodu o elektronickej komunikácii so spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa 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 zasielať 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 zmarenie možnosti poistiteľa doručiť mi korešpondenciu týkajúcu sa mojej poist-

nej 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 pre produkt NOVIS Bezpečný život GTC-10211030 poistiteľa (ďalej len „VPP“), ktorých neoddeliteľnou súčasťou sú oceňovacie tabuľky a že som ich prevzal/a v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s Tabuľkou výšky bežne plateného poistného tvoriacu súčasť tohto návrhu v súlade s týmto Návrhom na uzavretie poistnej zmluvy a že som ju prevzal/a v písomnej forme.

Áno Nie

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s dokumentom „Informačný formulár k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty“ 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 Dokumentom o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy vytvoreným poistiteľom.

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

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 poistiteľa 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 neudelím alebo ho zruším, a táto skutočnosť bude mať vplyv na skúmanie po-

trebné 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 (viď definícia pojmu na str. 4 tohto návrhu). Beriem na vedomie, že som povinný/á poskytnúť poistiteľovi pravdivé informácie. Poskytnutie nepravdivých informácií má za následok neplatnosť 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 poistiteľovi 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 (viď definícia pojmu na str. 4 tohto návrhu) 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.

Akkoľvek zmeny týkajúce sa vyhlásení poistníka, či údajov uvedených v Návrhu na uzavretie poistnej zmluvy, je poistník v prípade, že dôjde k uzavretiu poistnej zmluvy, povinný oznámiť poistiteľovi, a to bez zbytočného odkladu.

Vyznačte alebo uvedte tie dokumenty, ktoré predkladáte poisťiteľovi ako prílohu k tomuto Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy:

- Počet príloh
- Kópia dokladu totožnosti - poisťník Tabuľka výšky bežne plateného poisťného Informačný formulár
- Doklad o zaplatení Zdravotná dokumentácia Zdravotný dotazník Dodatok pre poisťenú osobu

Iné

Tento Návrh na uzavretie poisťnej zmluvy dáva poisťník a je adresovaný poisťiteľovi. Lehota na prijatie Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy zo strany poisťiteľa je dva mesiace odo dňa doručenia Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy do sídla poisťiteľa. Poisťná zmluva je uzavretá dňom, keď poisťník dostane oznámenie o prijatí svojho Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy. Poisťiteľ vystaví poisťníkovi poisťku ako potvrdenie o uzatvorení poisťnej zmluvy.

Neoddeliteľnú súčasť poisťnej 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) a tabuľkou výšky bežne plateného poisťného. Tieto dokumenty upravujú všetky náležitosti poisťnej zmluvy, ktoré nie sú upravené v tomto Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy alebo v poisťnej zmluve.

Dokiaľ nebola zmluva uzavretá, môže poisťník návrh odvolať, ak odvolanie dôjde poisťiteľovi skôr, než poisťiteľ odošle prijatie návrhu. Od poisťnej zmluvy môže poisťník odstúpiť v lehote 30 dní od obdržania oznámenia o uzatvorení poisťnej 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 poisťných zmlúv SR, NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s., Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava.

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

Dátum

Podpis poisťníka

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 tejto poisťnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. V prípade neuzavretia poisťnej zmluvy bude tento súhlas platiť po dobu jedného roka od dátumu

podpisu tohto Návrhu na uzavretie poisťnej 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>.

Áno Nie

Dátum

Podpis poisťníka

IDENTIFIKÁCIA POISŤNÍKA

Poisťník: OP Cest. pas Číslo dokladu: _____ Dátum platnosti:

Finančný agent, ktorý tento Návrh na uzavretie poisťnej zmluvy prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poisťníka za jeho 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 pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov najmä, nie však výlučne, že: a) získal údaje o poisťníkovi a uviedol ich v Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy, b) údaje uvedené v Návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženým poisťníkom a c) overil súlad podoby poisťníka s jeho podobou uvedenou v príslušnom doklade totožnosti.

Dátum

Podpis finančného agenta

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 najvyššieho správneho súdu, sudca ústavného súdu alebo iných súdnych orgánov vyššieho stupňa, proti rozhodnutiu ktorých sa s výnimkou osobitných prípadov už nemožno odvolať, predseda Súdnej rady Slovenskej republiky, podpredseda Súdnej rady Slovenskej republiky, predseda Špecializovaného trestného súdu, podpredseda Špecializovaného trestného súdu, predseda krajského súdu, podpredseda krajského súdu, predseda okresného súdu alebo podpredseda okresného súdu, 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, generálny prokurátor, námestník generálneho prokurátora, špeciálny prokurátor, zástupca špeciálneho prokurátora, krajský prokurátor, námestník krajského prokurátora, okresný prokurátor alebo námestník okresného prokurátora, alebo osoba v inej obdobnej funkcii s celoštátnym významom alebo regionálnym významom alebo 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.

