

Nr identyfikacyjny Agenta

Dane Agenta

Proszę wskazać kim jest osoba zgłaszająca zmiany: Ubezpieczający/Ubezpieczony\*

Imię

Nazwisko

PESEL

## WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH

Nowe nazwisko

Nowy dokument tożsamości:  
paszport/ dowód osobisty\*

Nowy adres zamieszkania/  
adres do korespondencji\*

Nowy adres e-mail/  
telefon kontaktowy\*

Inne

\* niepotrzebne skreślić

## WNIOSEK O ZMIANĘ 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.

Początek ubezpieczenia

0 1 . . . 2 0

Suma ubezpieczenia w razie śmierci \*\*

Suma ubezpieczenia . . . . . 0 0 0 0 zł Początek ubezpieczenia ryzyka: 0 1 . . . 2 0

Suma ubezpieczenia w razie chorób, operacji i koniecznej opieki

. . . . . 0 0 0 0 zł 0 1 . . . 2 0

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

. . . . . 0 0 0 0 zł 0 1 . . . 2 0

Nowa regularnie wpłacana minimalna składka miesięczna

. . . . zł

Bonus NOVIS za dożycie

Tak  Nie

Nie wyrażam zgody na dynamizację

\*\* Minimalna Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi 10-krotność rocznej składki.

## WARIANT ALOKACJI

Równomierny podział funduszy

Proszę wypełnić stosunek alokacji w % obok wybranych funduszy ubezpieczeniowych:

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy NOVIS Stały Dochód	<input type="text"/>	%
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy NOVIS Światowy Wybór	<input type="text"/>	%
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy NOVIS Zrównoważony Rozwój	<input type="text"/>	%
NOVIS Gwarantowanie Rosnący Fundusz Ubezpieczeniowy (min. 10%, max. 30%)	<input type="text"/>	%
NOVIS ETF Akcyjny Fundusz Ubezpieczeniowy	<input type="text"/>	%
NOVIS Gold Fundusz Ubezpieczeniowy	<input type="text"/>	%
NOVIS Przedsiębiorstw Fundusz Ubezpieczeniowy	<input type="text"/>	%
NOVIS Hipoteczny Fundusz Ubezpieczeniowy	<input type="text"/>	%
NOVIS Family Office Fundusz Ubezpieczeniowy (max. 70%)	<input type="text"/>	%
NOVIS World Brands Fundusz Ubezpieczeniowy	<input type="text"/>	%
NOVIS Digital Assets Fundusz Ubezpieczeniowy (max. 50%)	<input type="text"/>	%
<b>Łącznie:</b>		<b>100 %</b>

Chcę wykorzystać NOVIS Gwarantowanie Rosnący Fundusz Ubezpieczeniowy bez ograniczenia maksymalnego podziału

## WNIOSEK O ZMIANĘ OSOBY UPOSAŻONEJ W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO

Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Podział w %
		%
		%
		%

Jezeli 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 obejmująca 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 zachorowania)

### 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.

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.

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

## ANKIETA MEDYCZNA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZONEGO

Zawód	Wzrost	Waga			
Czy jest Pan/Pani osobą palącą? <input type="radio"/> Tak: ilość papierosów/cygar wypalonych w ciągu dnia <input type="radio"/> Nie: nie palę od 12 miesięcy					
Sport: Sport rekreacyjny <input type="radio"/> Sport amatorski <input type="radio"/> Sport zawodowy <input type="radio"/>					
	Tak	Nie		Tak	Nie
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a) Serce i układ krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, wahanie ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca, kołotanie serca, szmery serca, choroba niedokrwienna serca, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, dusznica, zylaki, zakrzepica i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Czy jakiekolwiek 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 wykluczeń.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c) Krew, układ limfatyczny i śledziona (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia krwi, hemofilia, białaczka, zmiany w krwi, choroba śledziony i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	d) System oddechowy (np. duszność, zator, astma, gruźlica, katar sienny, przewlekłe zapalenie oskrzeli i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	e) Oczy i uszy (np. niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, zaćma, ślepota, szum w uszach, utrata słuchu i inne). Jeśli nosi Pan/Pani okulary lub szkła kontaktowe, proszę o podanie ilości dioptrii dla każdego oka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	g) Układ pokarmowy (np. choroba refluksowa, zylaki przełyku, wrzody żołądka, zapalenie błony śluzowej żołądka, choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	h) Układ moczowo-płciowy, nerki, prostata (np. stary zapalne, kamienie, torbiele, choroby gruczołu krokowego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani niesprawny/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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	i) Zaburzenia ginekologiczne i choroby piersi (np. torbiele, włókniaki, gruczolak, polipy, dysplazja, zaburzenia miesiączkowania, leczenie niepłodności, cesarskie cięcie, ciąża ryzykowna, ciąża pozamaciczna i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 przebywał/a Pan/ Pani w szpitalu lub leczył/a się na niżej wymienione choroby, problemy zdrowotne lub symptomy tych chorób?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	j) Skóra (np. egzema, świąd, zaczerwienienie, alergia i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			k) Wątroba, gruczoły, choroby przemiany materii (np. cukrzyca, podwyższone stężenie cholesterolu lub enzymów wątrobowych, dna moczianowa, choroby tarczycy i gruczołów endokrynych) oraz choroby reumatoidalne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			l) Układ odpornościowy, przewlekłe choroby zakaźne lub wirusowe (np. dziedziczne zaburzenia odporności, zapalenie wątroby, choroby tropikalne, gorączka nieznanego przyczyny i inne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			11. Czy cierpiał/a Pan/ Pani na chorobę nowotworową (typ łagodny, złośliwy, torbiele, mięśniaki itp)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			12. Czy wykonywał/a Pan/ Pani testy na HIV/AIDS? Jeśli tak, proszę o podanie przyczyny, daty wykonania badania, diagnozy oraz ewentualnie sposobu leczenia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			13. Czy był/a Pan/Pani poddawana radioterapii lub chemoterapii albo stwierdzono u Pana/ Pani nieprawidłowe wyniki specjalistycznych badań lekarskich (np. CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, pomiar ciśnienia krwi, badania laboratoryjne i inne)? Jeśli tak, proszę podać szczegóły.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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, reklamacji, zmiany	Kiedy? Jak długo?	Nazwa i adres lekarza / szpitala
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

**NOTATKI**

Data

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczonego

**DANE AGENTA**

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

Numer identyfikacyjny

Imię i nazwisko

Telefon

Adres e-mail

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.

Data

Podpis agenta