

VIÐBÓTAR VÁTRYGGINGARBEIÐNI

Amendment to the proposal for
the conclusion of an insurance contract

Life Savings Plan

powered by





NOVIS „Life Savings Plan” – VIÐBÓTAR VÁTRYGGINGARBEIÐNI
NOVIS „Life Savings Plan” - AMENDMENT TO THE PROPOSAL FOR THE CONCLUSION
OF AN INSURANCE CONTRACT

GTC-17191207

Vátryggingarbeiðni fyrir vátryggingasamning nr.
Amendment for the Insurance Contract nr.

1719

Kennitala vátryggðs:
Id.nr. of the insured person

Dreifingaraðili á Íslandi:
Icelandic Master Broker

Tryggingar og ráðgjöf ehf

Vátryggingaráðgjafi:
Agent name

Nafn á söluumboði:
Name of the Sub-broker

Kennitala vátryggingarráðgjafa:
Agent social security nr.

Símanúmer vátryggingarráðgjafa:
Agent tel.nr.

Tölvupóstur vátryggingarráðgjafa:
Agent e-mail

VÁTRYGGÐUR / INSURED PERSON

KK / Mr. KvK / Mrs.

Nafn:
Name

Kennitala:
Identification nr.

Heimili:
Address

Póstnr.:
Postal Code

Staður:
Place

Fæðingarstaður:
Place of birth

Ríkisfang (ef annað en íslenskt):
Nationality (if other than Icelandic)

Tölvupóstur:
E-mail

Sími/farsími:
Telephone/Mobile Telephone

Vinsamlega fyllið út ef að skattaskylda er ekki á Íslandi:
Please fill in case the insured tax residence is not Iceland:

Skattafesti vátryggðs er í (landi):
The jurisdiction of tax residence is (country)

Skattnr.:
TIN (tax identification No.)

UMBEDNAR VÁTRYGGINGARFJÁRHÆÐIR / REQUESTED INSURANCE COVERAGE

Vátryggingarfjárhæð vegna andláts:
Insurance sum for death

€

Upphaf vátryggingar:
Start of insured risks:

Samningstími í árum áður en vátryggingarfjárhæð lækkar:
Year of contract duration for start of decrease of sum insured:

*

Vátryggingarfjárhæð vegna alvarlegra sjúkdóma:
Insurance sum for critical illnesses

€

Samningstími í árum áður en vátryggingarfjárhæð lækkar:
Year of contract duration for start of decrease of sum insured:

*

Vátryggingarfjárhæð vegna örorku:
Insurance sum for permanent disability

€

Samningstími í árum áður en vátryggingarfjárhæð lækkar:
Year of contract duration for start of decrease of sum insured:

*

Lágmarks vátryggingarfjárhæð fyrir hverja vátryggingavernd er EUR 10.000. Lágmarks samtala vátryggingarfjárhæða er EUR 20.000.
The minimum insured sum for individual risks is at least EUR 10.000. The minimum limit of the cumulative insurance sum is EUR 20.000.

* Sé reitur ekki fylltur út þá mun vátryggingarfjárhæð fara lækkandi frá 11. ári smnings eins og lýst er í 1. gr. vátryggingarskilmála.

* In case the field is left empty, decrease of sum insured starts as of 11th year of contract duration as described in Article 1 of GTCs.

ATHUGASEMDIR / NOTES

RÉTTAFAR VÁTRYGGINGARBÓTA VIÐ ANDLÁT HINS VÁTRYGGDA / BENEFICIARIES IN CASE OF DEATH OF THE INSURED PERSON

Nafn Name	Tengsl við vátryggingartaka Relationship to the insured person	Kennitala Social security number	Hlutfall Share
			%
			%
			%

SAMÞYKKI ER VARDAR PERSÓNUVERND / CONSENT FOR THE PERSONAL DATA PROCESSING FOR MARKETING PURPOSES

Ég undirritaður samþykki að tryggingafélagið NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., með lögheimili á Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slóvakíu, kennitala 47 251 301 (hér eftir "vátryggjandi"), muni vinna persónuupplýsingar mínar svo sem fullt nafn, heimilisfang, tölvupóst, símanúmer í tilgangi markaðsstarfs vátryggjanda (sérstaklega til að framkvæma beina markaðssetningu svo sem rafræn fréttabréf, tilboð um vátryggingavörur, markaðsleikir, ánægjukönnun) og það gildi út samningstímann og í eitt ár frá því hann endar. Í því falli að ekki verði af vátryggingarsamning þá gildir þetta samþykki í eitt ár frá undirritun þessarar umsóknar um vátryggingasamnings. Ég heimila vátryggjanda að hafa sambandi við mig í framtíðinni í gegn um síma eða tölvupóst til að veita ráð eða leggja inn tilkynningar, uppástungur eða tilboð. Jafnhliða er mér kunnugt um að ég get afturkallað þetta samþykki hvenær sem er.

Frekari upplýsingar um vernd persónuupplýsinga er að finna í skjalinu "Upplýsingar til viðskiptavina um vinnslu og vernd persónuupplýsinga" eða á heimasíðu okkar <https://www.novis.eu/is/protection-of-personal-data>.

Já / Yes Nei / No

I agree that company NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., with its registered seat at Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovakia, Company ID No.: 47 251 301 (hereinafter only „Insurer“) will process my personal data such as full name, address, e-mail, telephone for the purposes of the Insurer's marketing activities (in particular, to conduct direct marketing communications such as electronic newsletter, Insurer's product offers, competitions for clients, satisfaction surveys) and that is for the duration of this insurance contract and for one year after its termination. In the case of non-conclusion of the insurance contract, this consent will apply for a period of one year from the date of signature of this proposal for the conclusion of an insurance contract. I allow the Insurer to contact me in the future by telephone and e-mail to advise and submit notices, suggestions and offers to me. At the same time, I am aware that I can withdraw this consent at any time.

For more information about the protection of personal data, please see the document "Information for clients about the protection of personal data" or on our website: <https://www.novis.eu/is/protection-of-personal-data>

SAMÞYKKI FYRIR VINNLU HEILSUFARSUPPLÝSINGA / CONSENT FOR THE PERSONAL DATA PROCESSING REGARDING HEALTH STATUS

Ég undirritaður samþykki að tryggingafélagið vátryggjandi, sem ábyrgðaraðili, muni vinna með persónulegar heilsufarsupplýsingar mínar, undir kenninúmeri hér að ofan, við samningsgerð um þennan vátryggingarsamning, rekstur vátryggingarsamningsins, tjónsuppgjör hans, og ef nauðsynlegt, endurmati á áhættu hans, allt á gildistíma vátryggingarsamningsins með ofangreint kenninúmer. Ég veiti þetta samþykki mitt á meðan samningssambandi mínu stendur við vátryggjanda og í 5 ár eftir að samningssambandi við hann lýkur. Mér er kunnugt um að ég get afturkallað þetta samþykki mitt hvenær sem. Framlagning persónuupplýsinga mínna er gerð af sjálfsdáðum, en sé þær ekki lagðar fram, er ekki hægt að efna samningsskyldurnar sem þetta samþykki nær til.

Já / Yes Nei / No

Ég undirritaður samþykki vinnslu persónuupplýsinga sem ég gef í tilefni þessarar vátryggingarumsóknar sem og við rekstur vátryggingarsamningsins í framtíðinni. Ég samþykki jafnframt að NOVIS er heimilt að deila umræddum persónuupplýsingum með samstarfsaðilum sínum sem nauðsynlegir eru s.s. vátryggingamiðlara, endurtryggingafélögum og trúnaðarlækni enda séu allir þessir aðilar bundnir þagnar- og trúnaðarskyldu löggjafar um meðferð persónuupplýsinga og/eða sérlægum. Ég geri mér grein fyrir því að mér er heimilt að afturkalla þetta samþykki hvenær sem er með skriflegum hætti og fá afhend til baka öll gögn er varða persónuupplýsingar mínar en það geti jafnframt haft áhrif á eðlilegan framgang vátryggingarsamnings míns. Ég veiti læknum, sjúkrastofnunum, Sjúkrtryggingum Íslands, Tryggingastofnum ríkisins og öðrum sem hafa undir höndum upplýsingar um heilsufar mitt, s.s. sjúkraskrá, fulla heimild til þess að afhenda allar slíkar upplýsingar til vátryggjandi, og/eða trúnaðarlækni þess, sem nauðsynlegar kunna að vera við vátryggingartöku eða tjónavinnslu. Þessi heimild heldur fullu gildi eftir andlát mitt. Ég aflétti því hér með trúnaðarskyldu ofangreindra aðila á sjúkragögnum mínum, til vátryggjandi.

Já / Yes Nei / No

I agree that the Insurer as the Controller, will process my personal health data prior to the conclusion of the insurance contract with the number mentioned above for the purpose of the conclusion of this insurance contract, executing its subsequent administration, for the purpose of the settlement of the claim and, if necessary, for the re-underwriting processed within the duration of the insurance contract with the above given number.

I grant this consent for the duration of the contractual relationship with the Insurer and for a period of five years after the termination of the contractual relationship with the Insurer. I am aware that I can withdraw this consent at any time. I note that the providing Insurer with the personal data is always voluntary, but in the event of failure to provide it, it is not possible to fulfill the contractual obligations to which this consent applies.

I confirm hereby in writing that I allow the Insurer to process my personal data which is submitted in this insurance proposal and health questionnaire as well as its function in the future. I hereby give my consent that the Insurer is permitted to share this information with related parties as necessary such as Insurance Broker, Agents, Reinsurance Companies and fiduciary doctor, provided that these parties are bound by relevant legislation on Personal Data Protection or Special laws relating to absolute confidentiality. I realize I can revoke this consent in writing at any time and demand all my personal data to be handed back to me, however resulting in possible interruption in the normal proceedings of the insurance contract. I hereby authorize doctors, hospitals, Icelandic Health Insurance, Icelandic Social Security Administration and any other which have possession of my medical records, to send such to the Insurer at their request, or to their fiduciary doctor, which are necessary for underwriting or claims settlement. This permission is fully valid after my death. I relieve all above mentioned institutions of the obligation for professional secrecy with regard to the Insurer.

SAMÞYKKI FYRIR SAMSKIPTAMÁTA / AGREEMENT ON COMMUNICATIONS

Ég samþykki að allar tilkynningar (staðfestingar, áminningar) er varða vátryggingarsamninginn í framtíðinni verði sendar á tölvupóstfang mitt og hafa sömu réttaráhrif og hafi verið send skriflega með bréfi.

Já / Yes Nei / No

I allow that all communication (confirmations, notices) concerning my insurance contract in the future will be sent to my e-mail address and have the same legal effect as submitted in writing.

LOKAÁKVÆÐI / FINAL CLAUSE

Þessi viðauki við vátryggingarumsókn er lögð fram af vátryggingartaka ásamt vátryggðum. Vátryggingafélaginu ber skylda til þess að afgreiða umsóknina innan 8 vikna frá því hún berst til þess. Í því skyni þarf vátryggingafélaginu að berast, innan þess tímamarks, fullnægjandi, sannan og réttilega útfylltan viðauka við vátryggingarumsókn og önnur skjöl sem það krefst. Ennfremur öll þau hugsanlegu læknaöggn eða læknisskoðanir sem þarf að afla og niðurstaða þeirra að berast innan sama tímamarks.

Sú vátryggingavernd sem óskað er eftir í þessari viðbót við vátryggingarumsókn, tekur ekki gildi fyrr en vátryggingafélagið hefur samþykkt hana.

This amendment to the proposal for the conclusion of an insurance contract is filed by the policyholder together with the insured person. The Insurer is obliged to process this amendment to the proposal for the conclusion of an insurance contract in 8 weeks after it has been delivered to the Insurer's office. In order to do so the Insurer needs to receive within the period for acceptance of this amendment completely, truthfully and correctly filled and signed amendment and other documents requested by the Insurer. Also all the potential additional medical examinations needs to be done and its findings needs to be delivered in the same period.

The insurance coverage requested by this amendment is not valid before this amendment to the proposal for the conclusion of an insurance contract has been confirmed by the Insurer.

YFIRLÝSING VÁTRYGGÐS

DECLARATION OF THE INSURED PERSON

Ég undirritaður staðfesti að ég hef kynnt mér váttryggingarskilmála söfnunarlíftryggingar NOVIS "Life Savings Plan" nr. GTC-17191207 sem eru hluti þessa váttryggingarsamnings, sem gildir um þann váttryggingarsamning sem þessi viðbót við váttryggingarbeiðni tekur til. Heilsufarsyfirlýsing mín er sönn og tæmandi.

Já / Yes Nei / No

Ég undirritaður lýsi yfir með undirritun minni og staðfesti að ég hef móttakið skjalíð "Upplýsingar fyrir viðskiptavinum á vinnslu og vernd persónuupplýsinga", sem gert er af váttryggjandi, í tæka tíð áður en ég ritaði þessa umsókn um viðbót við váttryggingarsamning.

Já / Yes Nei / No

Ég lýsi því yfir að þekkjá allar nauðsynlegar upplýsingar sem váttryggðum einstakling ber að kynna sér áður en gengið er frá bindandi váttryggingarsamning. Ég staðfesti jafnframt að hafa móttakið þessar upplýsingar á skriflegu formi.

Já / Yes Nei / No

Ég lýsi yfir að: Ég tek ekki þátt í að fjármagna hryðjuverk samkvæmt gildandi reglum um peningabætti, né er ég opinber persona (Politically Exposed Person, PEP) í skilningi sömu reglna.

Ég gengst undir og lofa að ef ég verð opinber persóna á meðan samningur við váttryggjanda varir, að ég mun láta váttryggjanda tafarlaust vita og fylla út viðeigandi eyðublöð og yfirlýsingar fyrir opinbera persónu.

Já / Yes Nei / No

Ég með undirritun minni staðfesti að ég hef ekki heimiðfesti í Bandaríkjunum, ég er ekki bandarískur ríkisborgari né er ég fæddur í Bandaríkjunum.

Já / Yes Nei / No

Með undirritun minni staðfesti ég að allar upplýsingar sem ég hef gefið í þessari viðbót við váttryggingarumsókn eru sannar og tæmandi. Ef að tengiupplýsingar, sérstaklega tölvupóstfang eða símanúmer hins váttryggða. eða aðrar upplýsingar um hann breytast (t.d. nafn, heimilisfang eða skattfesti) frá því sem tiltekið er í þessari váttryggingarumsókn, þá er hinn váttryggði skyldur til að láta váttryggjanda vita án ástæðulausrar tafar.

Þessari váttryggingarumsókn fylgja

This proposal has

fylgiskjöl.

additional sheets enclosed.

Íslensk lög gilda um þennan viðauka við váttryggingarsamning og váttryggingarsamninginn sjálfan.

Icelandic law applies to this amendment as well as to the insurance contract.

Staður og dagsetning

Place and date

Undirritun váttryggðs

Signature of the insured person

Undirritun váttryggingartaka

Signature of the policyholder

AUKENNING VÁTRYGGÐS SAMKVÆMT REGLUM UM PENINGABVÆTTI OG UNDIRRITUN RÁÐGJAFJA / IDENTIFICATION OF THE INSURED PERSON AND SIGNATURE OF AGENT

Persónuskilríki váttryggðs samkvæmt reglum um peningabætti.

Identification of the insured person according to Anti Money Laundering Regulations.

Númer persónuskilríkis

Identification No. of document

Útgáfustaður skilríkis

Issuing Location

Í gildi til

Valid until

--	--	--	--	--	--	--	--

Ég, ráðgjafinn, staðfesti að upplýsingarnar sem óskað var eftir hjá váttryggðum til að sanna auðkenni hans, hafa verið lögð fram að viðkomandi manneskju viðstaddir. Ég hef kannað réttmæti skjalanna og undirskrifa byggða á þeim persónuskilríkjum sem hafa verið lögð fram. Ég staðfesti að upplýsingarnar sem ég fékk eru gildar og réttar. Ennfremur, það er engin þekkt áhættuaukning á peningabætti í kringumstæðum umsækjanda, ef ekki er tilgreint um það í viðaukaskýrslu.

Staður og dagsetning

Place and date

Váttryggingartaki hefur lagt fram skilríki

The insured person has provided identity with

Persónuskilríki
Personal ID

Vegabréf
Passport

Útgefandi skilríkis

Issuing Authority

Útgáfuland skilríkis

Issuing Location

I, the agent, confirm the information of the policyholder required for the determination of identification has been provided with this person present. I have examined the correctness of the data and signature(s) on the basis of the identification document submitted to me. The information is confirmed by me as applicable. Furthermore, there are no risk-increasing circumstances known, of such are not attached in a separate report.

Undirritun ráðgjafa

Agent signature



Alþjóðlegur bakgrunnur

NOVIS er einstakt váttryggingafélag með framsækna nálgun í vöruhönnun og nýtt viðskiptamódel. Viðskiptasvæði félagsins fer sístækkandi. Við erum í sterkri stöðu til að halda áfram farsælli sögu okkar í fleiri löndum í náginni framtíð.

NOVIS is a unique insurance company driven by its innovative approach to product design and a novel business model. Our global ecosystem is continuously expanding. We are strongly positioned for more success stories in new locations opening to us in the near future.



