

ZUSATZANTRAG FÜR WEITERE
VERSICHERTE PERSON

NOVIS Nachhaltigkeitspolice

powered by



Anlage zum Antrag Nr. _____

Für jede weitere versicherte Person ist ein Zusatzantrag auszufüllen. Ergänzen Sie die im Antrag vordruckte Versicherungsvertragsnummer hier auf dem Zusatzantrag.

Name der Vermittlerorganisation _____

Name des Beraters _____

Vermittlerorganisation-Nr. _____

Berater-Nr. _____

DIE VERSICHERTE PERSON

Herr Frau Divers

Geburtsdatum

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

Staatsbürgerschaft _____

PLZ _____

E-Mail _____

Ort _____

Mobil / Telefon _____

DER GESETZLICHE VERTRETER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

1. Vor- und Nachname _____

Verhältnis zu der versicherten Person _____

Geburtsdatum

Staatsbürgerschaft _____

Straße, Nr., PLZ, Ort _____

2. Vor- und Nachname _____

Verhältnis zu der versicherten Person _____

Geburtsdatum

Staatsbürgerschaft _____

Straße, Nr., PLZ, Ort _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Für die einzelnen Versicherungsrisiken beträgt die Versicherungssumme mindestens 5.000 €. Mindestversicherungssumme ist 10.000 €.

Versicherungsbeginn 0 1 . 2 0

Beginn der versicherten Risiken:

Versicherungssumme bei Ableben € 0 1 .

Ich wünsche mir die fallende Versicherungssumme ab dem _____ . Jahr der Versicherungsdauer.**

Versicherungssumme bei Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit € 0 1 .

Ich wünsche mir die fallende Versicherungssumme ab dem _____ . Jahr der Versicherungsdauer.**

Versicherungssumme bei Unfall, erweitere Unfalldeckung und Unfalltod € 0 1 .

** Sofern im Zusatzantrag für weitere versicherte Person nichts ausgewählt wird, gelten im Falle des Ablebens (Todesfall) und des Versicherungsrisikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ die vereinbarten Versicherungssummen bis zum 10. Jahr der Versicherungsdauer. Ab dem 11. Jahr der Versicherungsdauer sinken die vereinbarten Versicherungssummen jährlich um 10 % der Versicherungssumme des Vorjahres. Die Versicherungssummen können trotz dieser Regel aber nicht unter 5.000 € sinken.

WEITERE ANGABEN

BEZUGSBERECHTIGTE PERSONEN IM ABLEBENSFALL

Vor- und Nachname	Widerrufflich	Unwiderrufflich	Geburtsdatum	Anteil
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	%
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	%
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	%

Summe: 100%

VEREINFACHTE GESUNDHEITSPRÜFUNG:

Die nachstehende „vereinfachte Gesundheitsprüfung“ ist nur dann möglich, wenn ausschließlich das Versicherungsrisiko „Ableben“ (keine Zusatzdeckungen Unfall oder Krankheiten) beantragt wird, die maximale Versicherungssumme 30.000 € nicht übersteigt und das maximale Endalter 75 Jahre ist.

Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht:

Die Ihnen im Rahmen dieses Antrags in Textform gestellten Fragen zu den gesundheitlichen Verhältnissen und weiteren gefahrerheblichen Umständen (inkl. der nachfolgenden Erklärungen der zu versichernden Person) sind Grundlage für die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach §§ 19-22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gesetzlich verpflichtet sind, alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Bei Verletzung dieser Pflicht müssen Sie mit Nachteilen mit Blick auf Ihren Versicherungsschutz rechnen. Je nach Schwere Ihres Verschuldens bei einer Anzeigepflichtverletzung sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen oder den Vertrag – auch rückwirkend – anzupassen.

Bitte beachten Sie, dass ein Rücktritt infolge grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung zur Leistungsfreiheit im Schadenfall, auch für bereits eingetretene

Erklärung zur vereinfachten Gesundheitsprüfung

Können Sie folgende Erklärung wahrheitsgemäß abgeben? Hiermit erkläre ich, dass ich derzeit voll arbeitsfähig bin und keine Leistungen wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit erhalte oder beantragt habe.

Ferner bestätige ich, dass ich in den letzten 5 Jahren nicht in stationärer Behandlung war und nicht länger als 3 Wochen ununterbrochen wegen derselben Erkrankung, Beschwerden oder Gesundheitsstörung behandelt wurde oder Medikamente eingenommen habe.

Sofern diese Erklärung mit NEIN beantwortet wird, ist das Ausfüllen des diesem Zusatzantrag für weitere versicherte Person beigefügten Gesundheitsfragebogens notwendig.

und abgewickelte Versicherungsfälle führen kann. Infolge einer schuldlosen oder leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung können wir den Vertrag mit Ihnen mit Wirkung für die Zukunft kündigen, so dass für die Zukunft kein Versicherungsschutz mehr besteht.

Hätten wir den Vertrag jedoch mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie ihre Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig, so können wir den Vertrag rückwirkend entsprechend anpassen (z.B. durch Einfügung eines Risikoausschlusses oder Risikozuschlages). Bitte berücksichtigen Sie, dass dies auch dazu führen kann, dass in einem bereits eingetretenen oder künftigen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz unter diesem Vertrag bestehen kann.

Hätten wir den Vertrag mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nicht schuldhaft, so können wir den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode entsprechend anpassen.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig, können wir den Vertrag anfechten. Auch in diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Ich versichere, dass folgende Erkrankungen nicht bestanden oder bestehen:

Bösartige Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche, HIV-Infektion, Herzinfarkt, Schlaganfall.

Ja Nein

Datum, Unterschrift der zu versichernden Person

ERKLÄRUNGEN DER VERSICHERTEN PERSON UND SCHLUSSBESTIMMUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich mich mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ AVB-40201111 der Versicherungsgesellschaft NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. mittels NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (nachstehend „NOVIS“) einschl. der Abzugstabelle und Bewertungstabellen, die zusammen einen integralen Bestandteil des Versicherungsvertrags (nachstehend „AVB“) im Rahmen des Versicherungsprodukts NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ bilden, vertraut gemacht habe. Ja Nein

Ich erkläre hiermit, dass ich rechtzeitig vor Beantragung des Versicherungsproduktes NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ in schriftlicher Form das Dokument von der NOVIS „Informationen für Kunden zum Schutz personenbezogener Daten“ erhalten habe.

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht an Terrorismusfinanzierungen in Bezug auf die geltenden Geldwäschebestimmungen beteiligt bin; ich bin im Sinne der Geldwäschebestimmungen keine politisch exponierte Person (PEP). Gleichzeitig verpflichte ich mich, wenn ich während des Versicherungsvertragsverhältnisses mit der NOVIS eine solche Person werde, dies der NOVIS unverzüglich mitzuteilen und die eidesstattliche Erklärung einer politisch exponierten Person auszufüllen. Ja Nein

Ich erkläre hiermit, dass ich kein US Bürger bin, nicht steuerpflichtig in den USA bin und keine Greencard besitze, und in den USA nicht geboren bin. Ja Nein

Diesen Zusatzantrag zum Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags stellt der Versicherungsnehmer mit der versicherten Person. Die Frist für die Annahme des Antrags seitens der Versicherungsanstalt ist zwei Monate nach dem Zugang des Antrags am Sitz der Versicherung

Ort, Datum

in Deutschland, höchstens jedoch zehn Wochen nach der Unterzeichnung des Versicherungsantrags durch den Versicherungsnehmer. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen am Tag, an dem der Versicherungsnehmer die Annahmemitteilung bezüglich seines Versicherungsantrages erhält. Diese Annahmemitteilung wird dem Versicherungsnehmer unverzüglich zugestellt, nachdem alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

a) der vollständig, wahrheitsgemäß, korrekt ausgefüllte und unterzeichnete Antrag und andere von der Versicherungsanstalt geforderten Dokumente sind am Deutschen Niederlassungssitz der Versicherung eingetroffen,

b) alle eventuell zusätzlichen von der Versicherungsanstalt geforderten ärztlichen Untersuchungen wurden durchgeführt und die Untersuchungsergebnisse nebst zusammenhängender Arztberichte sind am Sitz der NOVIS in der Annahmefrist für den Antrag eingegangen.

Die NOVIS übermittelt die Annahmemitteilung bezüglich des Versicherungsvertrages auf die E-Mail-Adresse des Versicherungsnehmers die in diesem Antrag angegeben ist. Wenn die E-Mail-Adresse in diesem Antrag nicht angegeben ist, wird die Annahmemitteilung postalisch zugestellt. Nachfolgend stellt die Versicherungsanstalt die Police als schriftliche Bestätigung über die Existenz des Versicherungsvertrages aus. Diese Police (Versicherungsschein) wird in gedruckter Form über den selbständigen Vermittler oder per Post zugestellt.

Die AVB enthalten die Bestimmungen über alle Versicherungsvertragsbestandteile, die nicht in dem Versicherungsantrag oder dem Versicherungsvertrag geregelt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben im Zusatzantrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einschließlich der Angaben im Rahmen der Identitätsfeststellung gem. dem Geldwäschegesetz wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich erkläre, falls sich etwas an diesen Erklärungen ändert, informiere ich die NOVIS in Textform und ermögliche, dass die NOVIS ihre gesetzlichen Pflichten erfüllt.

Unterschrift

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN ZU MARKETINGZWECKEN

Ich bin damit einverstanden, dass die NOVIS meine personenbezogenen Daten im Umfang Name, Vorname, E-Mail, Telefon / Handy, Adresse zu Marketingzwecken der NOVIS (insbesondere zur Durchführung der Direktmarketing-Kommunikation wie elektronische Newsletters, Produktangeboten der NOVIS, Kundenwettbewerben, Zufriedenheitsumfragen) für die Versicherungsdauer und für ein Jahr nach Beendigung der Versicherung verarbeitet. Mir ist auch

bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Weitere Informationen zum Schutz personenbezogener Daten finden Sie im Dokument „Informationen für Kunden zum Schutz personenbezogener Daten“ oder auf der Website der NOVIS unter folgendem Link <https://www.novis.eu/de/informationen-fuer-kunden>.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Karl-Benz-Straße 19, 70794 Filderstadt oder an service@novis.eu.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei

handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt errechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, d. h. bis zum Zugang des Widerrufs, geteilt durch 30 Tage, multipliziert mit der monatlichen Prämie. Den Rückkaufswert nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ich erkläre hiermit, dass ich mich mit dieser Widerrufsbelehrung vertraut gemacht habe.

Ja Nein

UNTERSCHRIFTEN

Diesem Antrag liegen Zusatzblätter bei.

Gesundheitsdokumentation

Kopie des Personalausweises/
Reisepasses

Beiblatt zu den Gesundheitsfragen
der versicherten Person

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht, Gerichtsstand ist Stuttgart.

Ort, Datum, versicherte Person
bzw. Erziehungsberechtigter

Ort, Datum,
Versicherungsnehmer

IDENTIFIKATION DER VERSICHERTEN PERSON GEMÄß GELDWÄSCHEBESTIMMUNGEN

Ausweisnummer: _____

Ausstellungsort: _____

Gültig bis: _____

1. Ausweisnummer: _____

Ausstellungsort: _____

Gültig bis: _____

2. Ausweisnummer: _____

Ausstellungsort: _____

Gültig bis: _____

Die versicherte Person hat sich ausgewiesen durch: Personalausweis Reisepass

Ausstellende Behörde: _____

Ausstellungsland: _____

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte
hat sich ausgewiesen durch:

Personalausweis Reisepass

Ausstellende Behörde: _____

Ausstellungsland: _____

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte
hat sich ausgewiesen durch:

Personalausweis Reisepass

Ausstellende Behörde: _____

Ausstellungsland: _____

Ich als Vermittler bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben der versicherten Person in dessen persönlicher Anwesenheit vorgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand des mir vorgelegten Ausweises resp. Handelsregisterauszuges überprüft. Die aufgenommenen Angaben werden von mir als zutreffend bestätigt. Des Weiteren sind keine weiteren risikohöhenden Umstände bekannt, sofern solche nicht in einem gesonderten Bericht beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Berater/Vermittler

Politisch exponierte Person (PEP):

Politisch exponierte Person im Sinne des Geldwäschegesetzes ist:

- a) jede Person, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausübt oder ausgeübt hat oder ein öffentliches Amt unterhalb der nationalen Ebene, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist, ausübt oder ausgeübt hat. Zu den politisch exponierten Personen gehören insbesondere Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre, Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane, Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien, Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann, Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen, Mitglieder der Leitungsorgane von Zentralbanken, Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés, Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen, Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsorgans oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation,
- b) deren unmittelbaren Familienmitglieder, insbesondere der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner, ein Kind und dessen Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner sowie jeder Elternteil,
- c) bekanntermaßen nahestehende Person - im Sinne des Geldwäschegesetzes ist eine natürliche Person, bei der der Grund zur Annahme besteht, dass diese Person:
 1. gemeinsam mit einer politisch exponierten Person
 - a. wirtschaftlich Berechtigter einer Vereinigung nach § 20 Absatz 1 Geldwäschegesetz ist oder
 - b. wirtschaftlich Berechtigter einer Rechtsgestaltung nach § 21 Geldwäschegesetz ist,
 2. zu einer politisch exponierten Person sonstige enge Geschäftsbeziehungen unterhält oder
 3. alleiniger wirtschaftliche Berechtigter
 - a. einer Vereinigung nach § 20 Absatz 1 Geldwäschegesetz ist oder
 - b. einer Rechtsgestaltung nach § 21 Geldwäschegesetz ist, bei der der Grund zur Annahme besteht, dass die Errichtung faktisch zugunsten einer politisch exponierten Person erfolgte.

Personen, die ein besonderes Verhältnis zum Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen haben:

Zu den Personen, die ein besonderes Verhältnis zum Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen haben gehören:

- a) Mitglieder der Geschäftsführungsorgane des Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmens,
- b) Mitglieder des Aufsichtsrats des Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmens,
- c) Personen, die für die Ausübung einer Schlüsselaufgabe im Versicherungsunternehmen verantwortlich sind, und Personen, die für die Ausübung einer Schlüsselaufgabe im Rückversicherungsunternehmen verantwortlich sind,
- d) Personen, die die Kontrolle über das Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen haben, und Mitglieder der Geschäftsführungsorgane dieser juristischen Personen,
- e) Juristische Personen, an denen eine der in den Buchstaben a) bis d) genannten Personen eine qualifizierte Beteiligung hält,
- f) Aktionäre, die eine qualifizierte Beteiligung an dem Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen und eine juristische Person unter ihrer Kontrolle oder Kontrolle halten,
- g) Juristische Personen, die unter der Kontrolle eines Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmens stehen,
- h) Mitglieder des Bankrats der Slowakischen Nationalbank,
- i) Abschlussprüfer oder natürliche Personen, die im Auftrag der Prüfungsgesellschaft Prüfungsaufgaben im Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen durchführen,
- j) Treuhänder des Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmens, der Vertreter des Treuhänders und der während des Treuhands eingestellte professionelle Berater,
- k) Personen, die in einem Rechtsverhältnis zum Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen stehen, aus dem eine qualifizierte Beteiligung am Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen hervorgehen kann.

