

ZUSATZANTRAG FÜR WEITERE  
VERSICHERTE PERSON

# NOVIS Flexible Life

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 ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ

Füllen Sie das Allokationsverhältnis unter Berücksichtigung Ihres Risikoprofils aus. Die Mindest-Allokation pro gewähltem Versicherungsfonds beträgt 10% und für die einzelnen Zusatzdeckungen beträgt die Versicherungssumme mindestens 5.000 €.

**Zusatzdeckung Ableben einer weiteren versicherten Person,**

Versicherungssumme

Beginn der versicherten Risiken:

€

0 1 .  2 0

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

**Zusatzdeckung Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit**

€

0 1 .  2 0

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

**Zusatzdeckung Unfalltod**

€

0 1 .  2 0

Wenn die Versicherungssumme für das Versicherungsrisiko Unfalltod 200.000 € übersteigt, muss der Versicherte das Formblatt „Gesundheitsprüfung“ ausfüllen.

\*\* Sofern im Versicherungsantrag nichts ausgewählt wird, gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum 10. Jahr der Versicherungsdauer. Ab dem 11. Jahr der Versicherungsdauer sinken diese Versicherungssummen jährlich um 10 % der Versicherungssumme des Vorjahres, solange dadurch nicht der Mindestbetrag von 5.000 Euro unterschritten wird.

## WEITERE ANGABEN

## BEZUGSBERECHTIGTE PERSONEN IM ABLEBENSFALL

Vor- und Nachname	Widerruflich	Unwiderruflich	Geburtsdatum	Anteil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%

Summe: 100%

## VEREINFACHTE RISIKOPRÜFUNG:

Die nachstehende „vereinfachte Risikoprüfung“ 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 Eintrittsalter bis zu einschließlich 70 Jahren ist. Wenn die Versicherungssumme für das Versicherungsrisiko Unfalltod 200.000 € übersteigt, muss der Versicherte das Formblatt „Gesundheitsprüfung“ ausfüllen

### 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 Versicherungsvertrag zurückzutreten, den Versicherungsvertrag zu kündigen oder den Versicherungsvertrag – auch rückwirkend – anzupassen.

Bitte beachten Sie, dass ein Rücktritt infolge grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung zur Leistungsfreiheit im Schadenfall, auch für bereits eingetretene 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag rückwirkend entsprechend anpassen (z.B. durch Einfügung eines Risikoausschlusses oder höhere Risikoabzüge). Bitte berücksichtigen Sie, dass dies auch dazu führen kann, dass in einem bereits eingetretenen oder künftigen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz unter diesem Versicherungsvertrag bestehen kann.

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

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

### Erklärung zur vereinfachten Risikoprüfung

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.

Ich versichere, dass folgende Erkrankungen nicht bestanden oder bestehen:

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

Ja  Nein

Ich erteile hiermit außerdem meine Zustimmung zum Abschluss der Lebensversicherung auf mich als versicherte Person (§ 150 Abs. 2 VVG).

Datum, Unterschrift der zu versichernden Person

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

## ERKLÄRUNGEN DER VERSICHERTEN PERSON UND SCHLUSSBESTIMMUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich mich mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für NOVIS Flexible Life AVB-40220014 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 Flexible Life bilden, vertraut gemacht habe.

Ja  Nein

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

Diesen Versicherungsantrag stellt der Versicherungsnehmer. Die Frist für die Annahme des Antrags seitens des Versicherers ist sechs Wochen nach dem Zugang des Antrags am Niederlassungssitz der Versicherung 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 oder sein Versicherungsschein erhält, wobei der jeweils frühere Zugang für das Datum des Zustandekommens des Versicherungsvertrages relevant ist. 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 Versicherer geforderten Dokumente sind am Deutschen Niederlassungssitz der Versicherung eingetroffen,

b) alle eventuell zusätzlichen von dem Versicherer geforderten ärztlichen Untersuchungen wurden durchgeführt und die Untersuchungsergebnisse nebst zusammenhängender Arztberichte sind am Niederlassungssitz 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 der Versicherer den Versicherungsschein als schriftliche Bestätigung über die Existenz des Versicherungsvertrages aus.

Dieser (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.**

Ort, Datum

Unterschrift

**Abschnitt 1****Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise****Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen das Basisinformationsblatt zur Verfügung gestellt worden ist und

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

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, service@novis.eu.

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer 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 hat der Versicherer Ihnen auszuführen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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.

**Abschnitt 2****Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen**

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

**Unterabschnitt 1****Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen**

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

10. den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
11. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
12. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
15. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
16. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
17. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
18. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
19. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

**Unterabschnitt 2****Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung**

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienvfreie oder eine prämiensenkerte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienvfreien oder prämiensenkerten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;
8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
9. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.
10. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung

## UNTERSCHRIFTEN

Diesem Antrag liegen

Zusatzblätter bei.

Gesundheitsdokumentation

Kopie des Personalausweises/  
Reisepasses

Beiblatt zu den Risikofragen  
der versicherten Person

Ort, Datum, versicherte Person  
bzw. Erziehungsberechtigter

Ort, Datum,  
Versicherungsnehmer

## IDENTIFIKATION DER VERSICHERTEN PERSON GEMÄß GELDWÄSCHEBESTIMMUNGEN

Ausweisnummer:

Die versicherte Person hat sich ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass

Ausstellungsort:

Ausstellende Behörde:

Gültig bis:

Ausstellungsland:

1. Ausweisnummer:

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte  
hat sich ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass

Austellungsort:

Ausstellende Behörde:

Gültig bis:

Ausstellungsland:

2. Ausweisnummer:

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte  
hat sich ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass

Austellungsort:

Ausstellende Behörde:

Gültig bis:

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 risikoe erhöhenden Umstände bekannt, sofern solche nicht in einem gesonderten Bericht beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Berater/Vermittler

DE-1022