

ALMENNIR SKILMÁLAR OG
SKILYRÐI VÁTRYGGINGARINNAR
SÖFNUNARLÍFTRYGGING

GENERAL TERMS AND CONDITIONS
FOR THE INSURANCE PRODUCT

Life Savings Plan

gefnir eru út af / powered by



mun váttryggjandi nota jafna dreifingu í tryggingarsjóði. Váttryggjandi heldur dreifingarhlutfalli óbreyttu á þann veg að mismunandi fjárfestingarárangur einstakra sjóða hefur ekki áhrif á dreifingarhlutfallið sem ákvarðað var af váttryggingartaka.

25. **Almannatryggingar** eru samkvæmt þessum váttryggingarskilmálum stjórnun almennatrygginga eða Tryggingastofnunar, þar sem almennatryggingar og gildissvið félagslegra trygginga er ákvarðað samkvæmt gildandi lögum á Íslandi.

26. **Tengdir aðilir við váttryggjanda eru:**

- stjórnarmenn í váttryggjanda;
- meðlimir í stjórnarnefndum sem sinna eftirliti eða ráðgjöf hjá váttryggjanda;
- einstaklingar í lykilstörfum hjá váttryggjanda;
- lögaðilar með virkt eignarhald yfir váttryggjanda og einstaklingar í stjórnum þeirra;
- lögaðilar sem einstaklingar skv. lið a) og b) eiga virkan eignarhlut í;
- hluthafar með virkan eignarhlut og lögaðilar sem stjórnad er af þeim, eða þeir lúta stjórn af;
- lögaðilar sem stjórnad er af váttryggjanda;
- einstaklingar í stjórn Seðlabanka Slóvakíu;
- endurskoðendur, eða einstaklingar fyrir hönd endurskoðunarfrýrtækis, sinna endurskoðunarstörfum fyrir váttryggjanda;
- skiptastjórnar, aðstoðarmann þeirra eða ráðgjafar sem eru skipaðir ef váttryggjandi fer í slítameðferð;
- einstaklingar eða lögaðilar sem hafa lagalegt samband við váttryggjanda, sem getur leitt til öflunar á virkum eignarhlut í váttryggjanda.

27. **Biðtími** er tímabil þar sem gildistöku váttryggingarverndar er frestað vegna ákveðinnar áhættu. Þau tilfelli þar sem váttryggjandi beitir þessari frestun sem og tímalengd hennar fyrir ákveðna váttryggingaráhættu eru útskýrð nánar í 18. grein þessara váttryggingarskilmála eða í ákveðnum skilmálans vegna þeirrar váttryggingarverndar sem um ræðir.

28. **Gjaldmiðill váttryggingarsamningsins** er Evru.

29. **Opinber persóna (Politically exposed person - PEP)** samkvæmt reglum um peningabætti er:

- einstaklingur sem er, eða hefur verið treyst fyrir mikilvægri opinberri stöðu. Mikilvæg opinber staða er þjóðhöfðingi, forsætisráðherra, aðstoðarforsætisráðherra, ráðherra, yfirmaður opinberra stofnunar, ríkisritari eða sambærilegur aðstoðarmaður ráðherra, þingmaður, dómari í Hæstarétti, dómari við stjórnlagadómstól eða annarrar æðri dómastofnunar hvers dómum verður ekki átrýjað nema í sérstökum tilfellum, meðlimur í endurskoðunarráði eða í stjórn seðlabanka, sendiherrar, sendiráðunautar, hátt settir yfirmenn í herafila, vopnuðu yfirvaldi, eða vopnuðu öryggisfyriræki eða einstaklingur sem gegnir sambærilegri stöðu innan stofnana Evrópusambandsins eða alþjóðastofnana, stjórnarmaður í stjórnmalaflokk eða stjórnmaláhreyfingu.
- einstaklingur sem er makí, eða í stöðu sambærilegri sem makí, barn, tengdasonur eða tengdadóttir, eða einstaklingur sem hefur stöðu sambærilegri sem tengdasonur eða tengdadóttur, eða foreldri einstaklings sem talin er upp í lið a).
- einstaklingur sem er raunverulegur eigandi að sama aðila, eða stjórnar sama aðila, eins og einstaklingur sem vísað er til í lið a) eða rekur viðskipti með einstaklingur sem talin er upp í a) eða aðila sem rekin er til hagsbóta fyrir einstakling sem vísað er til í a)

Grein 3

Gildistaka váttryggingarsamningsins

- Váttryggingarsamningurinn tekur gildi um leið og váttryggingartaki fær tilkynningu um að umsókn hans um váttryggingu hafi verið samþykkt.
- Váttryggingarskriteinið sem gefið er út af váttryggjanda er skjal til staðfestingar á því að váttryggingarsamningur hafi tekið gildi.

- Samningsaðilar samþykkja að það megi einnig gera alla lagagjöminga s.s. tilkynningar í gegnum tölvupóstsamskipti. Samningsaðilum er skylt að nota tölvupóstföng, sem samþykkt voru í váttryggingarsamningnum (á váttryggingarumsókn) eða hafa verið gefin upp síðar.

Grein 4

Upphaf og lok váttryggingar

- Váttryggingarvernd hefst kl 0.00 á miðnætti þess dags sem samþykkt hefur verið að sé tæknilegur upphafsdagur váttryggingarverndarinnar, en í fyrsta lagi frá þeirri stundu þegar váttryggjandi sendir staðfestingu um að váttryggingarsamningurinn hafi tekið gildi.
- Váttryggingarsamningi lýkur með andláti váttryggingartaka. Þetta gerist hins vegar ekki ef váttryggingartaki er ekki sá sami og hinn váttryggði samkvæmt váttryggingarsamningnum. Ef svo er, þá verður hinn váttryggði nýji váttryggingartakinn, ef váttryggjandi samþykkir það. Hið sama á við ef lögaðili sem gerði samninginn um váttrygginguna við váttryggjanda, er leystur upp (t.d. gjaldprotaskipti, hættir).
- Váttryggingunni lýkur einnig ef uppsögn váttryggingarsamnings undirliuð af váttryggingartaka berst samkvæmt skilningi 11. greinar og einnig sem afleiðing þess að greiðsla iðgjalda hefur ekki borist samkvæmt skilningi 10. greinar þessara váttryggingarskilmála.
- Þegar tiltekið váttryggingartímabil er valið þá endar váttryggingarsamningurinn þegar valin áráfjöldi hefur liðið frá gildistöku samningsins eða á síðasta degi þess ár sem váttryggingartaki verður 70 ára gamall.

Grein 5

Greiðsla iðgjalda

- Váttryggingartaka ber skylda til greiðslu iðgjalda samkvæmt váttryggingarsamningi. Umsamið iðgjald getur verið eingreiðsla eða reglulegt iðgjald eða blanda af þessu tvennu.
- Váttryggingartaki hefur rétt til þess að greiða hærra iðgjald en samþykkt var í váttryggingarsamningnum. Ef mismunur greiddrar upphæðar og umsaminnar greiðslu er jákvæður miðað við öll fyrri váttryggingartímabil, þá þarf váttryggingartaki ekki að greiða reglulegt iðgjald fyrir núgildandi váttryggingartímabil.
- Greiðsluskylda fyrir reglulegt iðgjald varir þar til í enda þess váttryggingarárs sem váttryggingartaki nær 70 ára aldri, en þó ekki skemur en 20 ár. Það hefur ekki áhrif á réttindi váttryggingartaka til þess að nota uppgreiðslustöðu samnings sem byggir á 15. grein þessara skilmála.
- Váttryggjandi hefur rétt til að lækka váttryggingabætur sem nemur fjárhæð iðgjaldaskuldar, ef að umsamin iðgjöld hafa ekki verið greidd að fullu (skuldajöfnun).
- Váttryggingariðgjaldið er uppfært reglulega á tímabili samningsbundinna reglulegra iðgjaldsgreiðslna á hverjum afmælisdegi tæknilegs upphafs samningsins. Váttryggingariðgjaldið er hækkað árlega sem nemur 4% frá iðgjaldi ársins áður á öllum váttryggingartímunum sem iðgjaldsgreiðslur vara. Hækkun iðgjalds vegna árlegrar uppfærslu er námuðað að næstu evru.

Grein 6

Tryggingareikningur

- Váttryggjandi stýrir tryggingareikningi fyrir sérhvem váttryggingarsamning.
- Öll fjárhæð greidds iðgjalds er færð inn á tryggingareikning.
- Við lok hvars mánaðar er ávöxtun byggð á afkomu tryggingarsjóða færð sem innistæða og sá kostnaður sem samið hefur verið um dregin frá. Þetta leiðir af sér mánaðarlega lokastöðu sem færust yfir á næsta mánuð.

Grein 7

Grein 7

NOVIS tryggingasjóðir

- Váttryggjandi undirgengst að bjóða váttryggingartaka að minnsta kosti þrjú tryggingarsjóði út samningstíma. Váttryggjandi undirgengst líka að bjóða tryggingarsjóði á samningstímanum, sem eru sambærilegir þeim tryggingarsjóðum sem voru í boði við upphaf samningstíma. Váttryggingartaki hefur rétt til þess að ákvarða hlutfall tryggingarsjóða sem notaðir eru í þessum váttryggingarsamning (dreifingarhlutfall).
- Framboðnir NOVIS tryggingarsjóðir eru eigin sjóðir váttryggjanda eins og skilgreint er í þeim lögum um váttryggingarstarfsemi sem váttryggjandi starfar undir. Hver tryggingarsjóður er með samþykktir sem aðallega innihalda þá fjárfestingarstefnu sem váttryggjandi mun fylgja fyrir sjóðinn. Samþykktir tryggingarsjóða mynda hluta váttryggingarsamnings. Váttryggjanda er einungis heimilt að breyta reglum sem gilda um tryggingarsjóðinn ef verða almennar bindandi lagabreytingar, krafist af eftirlitssjórnvöldum eða dómforðæmum eða þá að einhverjar utanaðkomandi aðstæður gera gildandi fjárfestingarstefnu sjóðsins órannhæfa. Breytingar á samþykktum tryggingarsjóða lúta eftirfarandi reglum: Samþykktum verður breytt með því að birta breyttar samþykktir á heimasíðu váttryggjanda www.novis.eu. Breyting tekur gildi á þeirri dagsetningu sem tiltekin er í nýrri útgáfu samþykktanna. Váttryggjandi upplýsir váttryggingartaka um breytingar á samþykktum með að minnsta kosti 30 (þrjátíu) daga fyrirvara áður en breytingar taka gildi.
 - Váttryggjandi gæti boðið aðra tryggingarsjóði á gildistíma samningsins. Ef váttryggingartaki samþykkir slíkan nýjan tryggingarsjóð þá tilkynnir hann váttryggjanda hvernig dreifingarhlutfalli skuli breytt.
 - Váttryggjandi hefur rétt til að loka framboðnum tryggingarsjóðum. Ef váttryggjandi lokar tryggingarsjóð þá er váttryggjandi skyldur til að tilkynna það váttryggingartaka ef sá sjóður er notaður í dreifingarhlutfalli hans og gera það í síðasta lagi mánuði áður en ákvörðun um að loka sjóð tekur gildi. Jafnframt ber váttryggjanda að spyrja váttryggingartaka um nýtt dreifingarhlutfall. Ef váttryggingartaki getur ekki fyrirmæli um nýtt dreifingarhlutfall innan framangreinds tímafrests ákvarðar váttryggjandi dreifingarhlutfall þannig að dreift er milli eftirstandandi tryggingarsjóða sem ákvarðaðir voru af váttryggingartaka í dreifingarhlutfalli því sem var í gildi áður en tryggingarsjóður lokaði. Ef váttryggingartaki hafði í dreifingarhlutfalli sínu ákveðið að nota aðeins þann sjóð sem verður lokað og hefur ekki valið nýtt dreifingarhlutfall innan framangreinds tímafrests, þá ákvarðar váttryggjandi nýtt dreifingarhlutfall sem jafna dreifingu meðal allra fánlegra tryggingarsjóða sem jafnframt eru í samræmi við áhættusnið váttryggingartaka.

Grein 8

Þróun inneignar á tryggingareikningi, tryggðarbónus NOVIS

- Innistada tryggingarreiknings breytist manadarlega vegna eftirfarandi tatta:
 - Heildaridgjöld eru logd inna tryggingareikninginn.
 - Í lok hvers mánaðar er ávöxtun valdra tryggingarsjóða, byggð á fjárfestingarárangri þeirra, lögð inn á tryggingareikninginn með því margfalda fjárfestingarárangur tilgreindra tryggingarsjóða í prósentum við stöðu tryggingareikningsins. Ef fjárfestingarárangur mánaðar er neikvæður er dregið frá tryggingareikning á sama máta. Mánaðarleg ávöxtun tryggingarsjóða byggir á ávöxtun af þeim eignum sem sjóðurinn hefur fjárfest í.
 - Frádráttur vegna váttryggingarvermdar (áhættuálgjald): Iðgjald sem váttryggjandi dregur frá mánaðarlega af tryggingareikningnum vegna váttryggingarvermdar er

allocation ratio set by the policyholder.

25. **Social security** in these GTCs means Social Insurance Administration (Tryggingastofnun), which is justified in the sense of the legislation valid in Iceland to make decisions in the social security or social protection sphere.

26. **Related persons to the Insurer are:**

- members of the statutory body;
- members of the supervisory board;
- persons responsible for the performance of other key functions;
- legal entities exercising control over the Insurer and members of their statutory bodies;
- legal entities in which some of the persons referred to in points (a) to (d) have a qualifying holding;
- shareholders with a qualifying holding and any legal entity controlled by them or controlling them;
- legal entities controlled by the Insurer in question;
- members of the Bank Board of Národná banka Slovenska;
- auditors or natural persons who, on behalf of an audit firm, perform auditing activities in the Insurer;
- official receivers, deputy receivers, and expert advisers appointed for the undertaking being under receivership;
- persons having a legal relationship with the Insurer, which may lead to the acquisition of a qualifying holding in the Insurer in question.

27. **Waiting period** is the time period which postpones the start of insurance coverage for certain insurance risks. The cases where the insurer applies the waiting period and its length for certain insurance risks are stated in Article 18 of these GTCs or in the provisions for respective insurance risks.

28. **Currency of the insurance contract** is euro.

29. **Politically exposed person (PEP)** according to the Anti-money laundering Act is:

- a natural person who is or was entrusted with a prominent public function. Prominent public function is head of state, prime minister, deputy prime minister, minister, head of a central government body, state secretary or a similar deputy of a minister, member of Parliament, judge of the supreme court, judge of the constitutional court or other high-level judicial bodies the decisions of which are not subject to further appeal, except for special cases, member of the court of auditors or of the central bank board, ambassador, chargé d'affaires, high-rank military officer of armed forces, armed corps or armed security corps, member of executive body, supervisory body or auditing body of a state enterprise or a stateowned company or a person holding a similar post in the institutions of the European Union or international organizations, member of statutory body of political party or political movement;
- a natural person who is the spouse or a person equivalent to a status of the spouse, a child, son-in law or daughter-in law or a person having a status similar to that of son-in law or daughter-in law or a parent of a person referred to in a);
- a natural person known to be beneficial owner of the same client or to be otherwise in control of the same client, as a person referred to in a), or runs a common business with a person referred to in a) or a client established for the benefit of a person referred to in a).

Article 3

Conclusion of the insurance contract

- The insurance contract is concluded at the moment when the policyholder receives the notification of acceptance of his proposal for conclusion of an insurance contract or insurance policy.
- The insurance policy submitted by the insurer is a document confirming the existence of the insurance contract.
- The parties agree that any legal act may take place also via e-mail communication. The contracting parties must use the e-mail addresses, which have been agreed in the insurance contract or were redefined later.

Article 4

Start and end of insurance

- The insurance coverage begins at 0:00 AM on the day agreed in the insurance contract as the technical beginning of the insurance, but earliest in the moment of receipt of the confirmation of conclusion of insurance contract.
- The insurance contract ends with the death of the policyholder. This does not apply if the policyholder is not the insured party based on the insurance contract. In this case the insured person will become the new policyholder, if this is agreed with the insurance company. The same applies, if a legal entity, which concluded the insurance contract with the insurer, is dissolved.
- The insurance ends also due to a notice of termination of insurance contract by the policyholder in the sense of article 11 and as a consequence of non-payment of the insurance premium in the sense of article 10 of these GTCs.
- In case of fixed term period of insurance, the insurance contracts ends when the defined term of years have passed from contract conclusion or on the last day of the calendar year when the policyholder becomes 70-year old.

Article 5

Payment of the insurance premium

- The policyholder is obligated to pay the premium agreed in the insurance contract. The agreed premium can be single premium or regular premium or combination of both.
- The policyholder has the right at any time to pay a higher premium than agreed in the insurance contract. If the difference between the sum of the paid insurance premiums and the sum of the agreed insurance premium is positive for all preceding insurance periods, the policyholder is not obliged to pay the regular premium for the current insurance period.
- The payment obligation period for regular premium lasts until the end of the insurance year in which the policyholder reaches his 70th birthday, but not less than 20 full years. The right of the policyholder for using the paid up state of the policy based on Article 15 of these GTCs is not affected by this provision.
- The insurer is entitled to reduce an insurance benefit by the owed amount of the insurance premium if the agreed premiums were not paid in full amount.
- The insurance premium is dynamized during the whole duration of premium payment obligation on the anniversary of the technical beginning. The insurance premium is increased on yearly basis by 4 % from previous years' premium during the whole life premium payment duration. Premium increased by dynamization is rounded mathematically to nearest Euro.

The policyholder may refuse the dynamization by expressly indicating it on the Insurance contract proposal or at any time during the duration of the insurance contract in a written form. In this case, the deactivation is starting from the anniversary according to that of the deactivation request, from what no increase will be applied, and the regular premium will remain constant during the whole duration of the insurance contract Premium increased by dynamization is rounded mathematically to nearest Euro.

Article 6

Insurance account

- The insurer manages an insurance account for each insurance contract.
- Each paid insurance premium is credited to the insurance account in full amount.
- At the end of each month the investment return based on the performance of the insurance funds is credited and the contractually agreed deductions are made. This results into monthly final balance, which is identical to the opening balance of the following month.
- The opening balance except for the NOVIS Loyalty Bonus is distributed according to the specified allocation ratio among the NOVIS Insurance Funds.

Article 7

NOVIS Insurance Funds

- The insurer undertakes to offer the policyholder at least three insurance funds during the entire term. The insurer also undertakes to offer the policyholder such insurance funds during the term of the contract, which are comparable to the insurance funds offered at the beginning of the contract. The policyholder has the right to determine the ratio of the insurance funds to be used under his insurance contract (allocation ratio).
- The NOVIS insurance funds offered are the insurer's own funds as defined by the Insurance Supervision Law applicable to the Insurer. Each insurance fund has a statute that mainly describes the investment policy that the insurer intends to implement under this fund. The statutes of the NOVIS insurance funds used form part of the insurance contract. The Insurer is only entitled to change the rules and regulations applicable to the Fund if generally binding legal requirements change, if required by regulatory or judicial decisions, or if external factors render some parts of the investment strategy unrealistic. Changes to the statute require compliance with the following information requirements. The statute will be amended by publishing the new wording of the statute, which the insurer publishes on its website www.novis.eu. The amendment will enter into force on the date specified in the new version of the Statutes. The insurer informs the policyholder of the amendment of the statute at least 30 (thirty) calendar days before the entry into force of the new statute.
 - The insurer can offer other insurance funds during the duration of the insurance contract. If the policyholder accepts a new insurance fund offered, he will inform the insurer how the allocation ratio should be changed.
 - The insurer has the right to terminate the insurance funds offered. In the event of the termination of one of the insurance funds offered, the insurer is obliged to inform the policyholder about this fact if this insurance fund is used in his allocation ratio, and at the latest one month before the effectiveness of this decision. The insurer has to ask the policyholder for new allocation ratio. If the policyholder does not set a new allocation ratio within the period mentioned, Insurer sets allocation ratio so that its distributed among the remaining insurance funds selected by the policyholder using the allocation ratio set before the dissolution of insurance fund. However, if the policyholder had selected only allocation ratio into the insurance fund which is going to be canceled but has not set a new allocation ratio in period mentioned, then Insurer sets new allocation ratio as even distribution among all insurance funds which are available and which are at the same time compatible with policyholder's risk profile.

Article 8

Development of the balance of the insurance account, NOVIS Loyalty Bonus

- The monetary value of the insurance account changes each month due to the following factors:
 - The entire paid insurance premium is credited to the insurance account.
 - At the end of each month the investment return of the selected insurance funds based on their investment performance is credited to the insurance account by multiplying their investment performance in percentage points by balance of the insurance account and its investment allocation. If the monthly investment return is negative it is subtracted in the same way. The monthly performance of insurance funds depends on the performance of the assets in which the insurance funds invest.
 - Deduction for the insurance coverage: The deductions which Insurer can deduct monthly from the

- skilgreindir í verðskrá. Iðgjald fyrir váttryggingarvermd getur verið mismunandi eftir aldri váttryggðs en er ekki breytilegur eftir kyni. Verðskráin myndar hluta af váttryggingarsamningi og váttryggjandi má ekki að breyta henni á samningstímanum.
- Gjöld vegna gildistöku og umsjölu váttryggingarsamningsins eru dregin frá í lok hvers mánaðar samkvæmt 12. grein þessara skilmála.
 - Hægt er að leysa út hluta inneignar og minnka frádrátt sem úttektinni nemur samkvæmt 13. grein þessara váttryggingarskilmála.
 - Öll innistaða á tryggingarreikningi, að frátöldum NOVIS tryggðarbónus, er grundvöllur til útreiknings ávöxtunar frá tryggingarsjóðum frá fyrsta degi hvers mánaðar samkvæmt dreifingarhlutfalli sem váttryggingartaki ákveður.
- NOVIS tryggðarbónus (Loyalty bonus):
 - Í tilfelli bæði ævilangrar lífttryggingar og lífttryggingar með föstu tímabili þá greiðir váttryggjandi NOVIS tryggðarbónus til váttryggingartaka. Í tilfelli andlats hins váttryggða greiðir félagið tryggðarbónus sem nemur 6.000 EUR. Í tilfelli innlausnar váttryggingar greiðir váttryggjandi tryggðarbónus með eftirfarandi hætti:
 - 2000 EUR eftir 20 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 20 ár hafi verið greidd.
 - 4000 EUR eftir 30 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 30 ár hafi verið greidd.
 - 6000 EUR eftir 40 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 40 ár hafi verið greidd.
 - NOVIS tryggðarbónus er veittur án tilts til fjárhagslegrar atkomu váttryggjanda og er því ekki hagnaðarhlutdeild.
 - 2000 EUR eftir 20 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 20 ár hafi verið greidd.
 - 4000 EUR eftir 30 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 30 ár hafi verið greidd.
 - 6000 EUR eftir 40 ára samningstíma og með því skilyrði að umsamin iðgjöld fyrir 40 ár hafi verið greidd.

- Grein 9**
Einstaklingsbundið áhættumat

 - Upplýsingar sem váttryggjandi aflar á meðan á umsóknarferlinu stendur varðandi heilsufar váttryggða, má aðeins nota vegna umsamins váttryggingarsamnings og í tengslum við greiðslu váttryggingabóta vegna váttryggingaratburðar og til vemdar réttindum sem váttryggingarsamningurinn eða váttryggingaratburður veita.
 - Sérhver váttryggingarvermd er metin sérstaklega samkvæmt fyrirlieggjandi upplýsingum og með notkun leiðbeininga fyrir áhættumat á váttryggingaráhættu sem váttryggjandi fær frá öllum helstu endurtryggingarfélagum. Ef hinn váttryggði er í hæri áhættuflokki samkvæmt fyrirlieggjandi upplýsingum, samborið við það sem almennt gerist í þjóðfélaginu í hans aldursflokki, er frádráttur af tryggingarreikningi aukinn hlutfallslega og/eða í beinni fjárhæð vegna váttryggingavemdarrinnar (hærra áhættu iðgjald).
 - Váttryggjandi má ekki breyta upphaflegu áhættumati sínu allan gildistíma samningsins til óhagræðis fyrir váttryggða, heldur ekki þó að heilsufarsástand eða aðrir áhættuþættir hafi versnað frá samningsgerð. Aðeins má breyta áhættumatinu til bóta fyrir váttryggða, ef við á, ef hann leggur fram nýjar víðeigandi upplýsingar.
 - Auk tilkynningar um samþykki váttryggingarumsóknar þá ber váttryggjanda að upplýsa um niðurstöðu einstaklingsbundins áhættumats. Ef að einstaklingsbundið áhættumat tekur lengri tíma, þá er váttryggjanda heimilt að samþykkja váttryggingarumsókn en samþykka umbeðna váttryggingarvermd aðeins að hluta. Í því tilfelli tilkynnir váttryggjandi svo váttryggingartaka niðurstöðu einstaklingsbundins áhættumats þegar því er lokið. Ef verður breyting á váttryggingunni miðað við váttryggingarumsókn (til dæmis krafist er aukalegs iðgjalds fyrir váttryggingavemd eða umbeðinni váttryggingarfjárhæð er hafnað, eða hún undanskilin), þá getur váttryggingartaki hafnað samningsgerðinni innan 30 daga frá því hann fékk upplýsingar um breytinguna. Tilkynning um höfnun samnings ber að senda skriflega frá váttryggingartaka til váttryggjanda, innan þessa tímabils.

- Grein 10**
Afleiðingar vegna vanskila iðgjalda

 - Ef umsamin iðgjöld vegna fyrsta tryggingartímabils hafa ekki verið greidd innan þriggja mánaða frá gjaldddaga, lýkur váttryggingarsamningnum.
 - Reglulegt iðgjald fellur í gjalddaga á fyrsta degi viðkomandi váttryggingartímabils. Eingreiðslu iðgjald fellur í gjalddaga við gildistöku váttryggingarsamnings. Ef að váttryggingartaki velur að greiða bæði eingreiðslu iðgjald og reglulegt iðgjald þá mun greiðsla á eingreiðslu iðgjaldi ekki breyta skyldunni til þess að greiða reglulega iðgjaldi og greiðsla reglulegs iðgjalds breytir ekki skyldunni til að greiða eingreiðslu iðgjaldið.
 - Gjaldfallið iðgjald er mismunurinn á umsömdu iðgjaldi frá fyrra váttryggingartímabili og greiddu iðgjaldi fyrir sama tímabil.
 - Váttryggjandi mun senda tilkynningu um ógreitt iðgjald til váttryggingartaka þegar eftirfarandi skilyrði eru komin fram
 - váttryggingartaki hefur greitt reglulegt iðgjald seint
 - ógreitt iðgjald er hærra en þrjú mánaðarleg iðgjöld
 - inneign á tryggingarreikning er neikvæð
 - Ef að váttryggingartaki greiðir ekki gjaldfallið iðgjald innan þess lögakveðna frests sem tiltekin er í tilkynningu um vanskil, þá fellur váttryggingarsamningurinn niður í lok þess frests. Þetta á þó ekki við ef váttryggingarsamningurinn er í uppgreiðslustöðu samkvæmt grein 15 í þessum váttryggingarskilmála.
 - Váttryggjandi getur boðið váttryggingartaka þann valmöguleika að greiða ekki reglulegt umsamið iðgjald í 6 mánuði með samþykktu váttryggingarvermd í fullu gildi. Ástæða fyrir slíku getur verið skerðing á innkomu (t.d. tap fyrirvinnu eða atvinnuleys). Ef að váttryggingaratburður hendir þá hefur váttryggjandi rétt til að greiða váttryggingarbætur í samræmi við grein 5.4 í þessum váttryggingarskilmála. Þessi valmöguleiki getur ekki verið nýttur oft en 3 sinnum á öllum gildistíma váttryggingarinnar.

- Grein 11**
Uppsögn váttryggingarsamnings

 - Váttryggingartaki getur sagt upp váttryggingarsamning sínum hvenær sem er án þess að tilgreina ástæðu. Váttryggingartaka ber þó að greiða umsamið iðgjald að fullu, hlutfallslega, til uppsagnardags. Ef váttryggingartaki kys að segja upp váttryggingarvermd sjálfstætt fyrir váttryggingaráhættum varanlega örorku eða alvarlega sjúkdóma og skurðaðgerðir, ber honum að senda slíka uppsögn með 30 daga fyrirvara áður en nýtt iðgjaldstímabil hefist.
 - Váttryggingartaki hefur heimild til þess að hætta við að taka váttryggingarsamninginn innan 30 daga frá því honum barst samþykki félagsins fyrir honum án þess að geta um ástæðu og án þess að greiða iðgjald (örunarfrestur).

- Grein 12**
Endurkaupsvirði, kostnaður og gjöld

 - Váttryggjandi mun greiða váttryggingartaka út endurkaupsvirði váttryggingarinnar samkvæmt því sem lýst er í þessum váttryggingarskilmálum eða gildandi lögum. Endurkaupsvirði fyrstu 10 ár samningsins jafngildir 97% af inneign á tryggingarreikningi til loka síðasta heila mánaðar sem váttryggingarsamningurinn hefur verið í gildi. Síðar, verður endurkaupsverðið jafngilt inneign á tryggingarreikningi. Rauverðgjöldi NOVIS tryggðarbónus er dregið frá tryggingarreikningnum nema allt umsamið iðgjald hafi þegar verið greitt fyrir váttryggingarsamninginn eða ef váttryggjandi hefur fengið umsamin iðgjöld greidd í 20 ár.
 - Frádráttur vegna gerðar váttryggingarsamningsins með eingreiðslu iðgjaldi er 6% af eingreiðslu iðgjaldinu og er það dregið frá tryggingarreikningnum í lok þess mánaðar sem eingreiðslu iðgjaldið var greitt. Greiðslur til viðbótar við umsamdar iðgjaldgreiðslur auka ekki kostnað vegna gerðar váttryggingarsamningsins.
 - Á fyrstu 60 mánuðum gildistíma váttryggingarsamningsins, eða frá hækkanum á umsömdu reglulegu iðgjaldi, er kostnaður vegna gerðar hans sem dregin er af tryggingarreikningnum 35% af reglulegu mánaðarlegu iðgjaldi. Iðgjaldsgreiðslur sem eru hærra en umsamin upphæð, auka ekki kostnaðinn.
 - Í því tilfelli að samningnum lýkur samkvæmt skilgreiningu í fyrsta töluvið þessara greinar á fyrstu 60 mánuðum gildistíma váttryggingarsamningsins, þá inneign á tryggingarreikningi lækkar sem nemur ónóthættum gjöldum vegna gerðar hans.
 - Umsjslugjald er dregið frá í lok hvers mánaðar að upphæð 5€.
 - Sjóðstjórnargjald er dregið frá tryggingarreikningi í upphafi mánaðar (að undantekinni stöðu NOVIS tryggðarbónus) miðað við stöðu hans í enda næstlökis mánaðar, sem nemur 0,1% en þó að lágmarki 2 EUR.
 - Áhættu iðgjald váttryggingavemdar er dregið frá tryggingarreikningnum mánaðarlega og er tilgreint í gjaldskrá. Áhættu iðgjald getur verið hækkað eftir niðurstöðum einstaklingsbundins áhættumats.

- Grein 14**
Skyldur og réttindi samningsaðila

 - Váttryggingartaka og váttryggðum ber skylda til:
 - að svara öllum spurningum er varðar váttryggingarsamninginn sannleikanum samkvæmt (þetta á einnig við þegar um er að ræða breytingar á gildandi váttryggingarsamningi).
 - váttryggingartaka er skylt að greiða umsamin iðgjöld í síðasta lagi á þeirri dagsetningu sem samið hefur verið um í váttryggingarsamningnum.
 - Upplýsa þarf váttryggjanda um breytt heimilisfang eða aðrar samskiptaleiðir, sérstaklega tölvupóstfang, sem ætlast er til að váttryggjandi noti til að senda upplýsingar eða tilkynningar.
 - Váttryggjandi verður að uppfylla skyldur sínar, sem tilgreindar eru í ákvæðum í váttryggingarskilmálanum ásamt lagalegum reglum sem samningurinn byggir á.
 - Váttryggjandi hefur rétt á:
 - Váttryggjandi hefur rétt til að krefjast umsamins iðgjalds.
 - að óska eftir því að hinn váttryggði gangist undir læknisskoðun hjá læknum eða félbrigðisstofnum sem ákveðin er af váttryggjanda og að lögð verði fram gögn úr læknaskýrslum eða sjúkaskrá.
 - að segja upp váttryggingarsamningi vegna meðvitaðra brota á skyldum, sem tilgreindar eru í málsgrein 1a) í þessari grein og að greint sé rétt og satt frá einislegum upplýsingum sem váttryggjandi óskar eftir við váttryggingartöku. Í tilfelli slíkrar uppsagnar á váttryggingartaki engan rétt á endurgreiðslu iðgjalda.
 - að hafna greiðslu váttryggingarbóta ef í ljós kemur eftir váttryggingaratburð að rangar upplýsingar voru veittar við gerð váttryggingarsamningsins, eða síðar, enda hafi hinar röngu upplýsingar haft veruleg áhrif á ákvörðun váttryggjanda að veita váttryggingarsamninginn. Í slíkum tilfellum er váttryggjanda sómuleiðis heimilt að segja upp váttryggingarsamningnum.
 - að auðkenna váttryggingartaka og hinn váttryggða í ferlinu við samþykkt váttryggingarsamningsins og geyma þær upplýsingar í auðkenningargögnum sínum.
 - Krafa um váttryggingabætur fellur í gjalddaga 14 dögum eftir að váttryggjandi átti þess kost að afla gagna sem þörf var á til þess að kanna ábyrgð sína og reikna út endanlega fjárhæð bóta.
 - Ef að váttryggingartaki eða váttryggður brýtur vsivítandi skyldur sínar samkvæmt þessum váttryggingarskilmála, eða öðrum almennum lagalegum og slíkt brot hefur veruleg áhrif á að váttryggingaratburður gerist eða að afleiðingar hans verða meiri en ella, áskilur váttryggjandi sér rétt til þess að lækka eða hafna

- Article 10**
Consequences of the non-payment of the agreed insurance premium

 - In the case of non-payment of premiums for the first insurance period within three months from its due date, the insurance contract ceases.
 - The regular premium is due on the first day of the relevant insurance period. The single premium is due at the date of conclusion of the insurance contract. If the policyholder chooses to combine both single premium and regular premium, the payment of the agreed single premium does not change the obligation to pay the agreed regular premium and payment of the agreed regular premium does not change the obligation to pay the agreed single premium.
 - Due premium is a positive difference between the agreed premium for the past insurance and the amount of premiums paid by the policyholder for the past insurance periods.
 - The insurer will send the notice of unpaid premium to the policyholder once all of these conditions are fulfilled:
 - the policyholder is late with paying the regular premium,
 - the amount of the due premium exceeds three times monthly premium,
 - the balance of the insurance account is negative.
 - If the policyholder does not pay the due premium within a legal period stated in the notice of unpaid premium, the insurance contract ceases at the last day of this period. This does not apply, if the policy changes its status to paid-up policy as per the Article 15 of these GTCs.
 - The insurer may provide the client with the option of non-payment of the regular premium for a period of 6 months with the agreed risks remaining in force. The reason for non-payment may be the loss of income (e.g. loss of breadwinner or employment). In case that an insured event occurs, the insurer has the right to proceed with the payment of the insurance benefit as per the Article 5.4 of these GTCs. This option cannot be used more than 3 times during the whole duration of the insurance contract.

- Article 13**
Partial surrender

 - The policyholder can request a partial surrender in writing with a period of notice of one month to the end of the next insurance period but not sooner than 12 month from the conclusion of the insurance contract. After the completion of the partial surrender at least value of 1,000 € must remain on the insurance account (excl. the NOVIS Loyalty Bonus).
 - The minimum value of the partial surrender must amount to 500 €.
 - The partial surrender does not influence the period of insurance and the existing insurance coverage.
 - Partial surrender is subject to partial surrender fee according to Deduction Table for conclusion and administration of the insurance contract.

- Article 14**
Rights and obligations of the contracting parties

 - The policyholder and the insured party are obliged:
 - to truthfully and completely answer all questions that concern the insurance contract (this applies also in the case where it concerns the change to an already existing insurance contract),
 - the policyholder is obliged to pay the agreed insurance premiums at the latest by the dates agreed in the insurance contract,
 - to inform the insurer of a change in address or other communication data, above all the e-mail address, to which the insurer is to send information and decisions.
 - The insurer must keep its obligations, which result from the clauses of a contract, from these GTCs and from the legal provisions.
 - The insurer has the right:
 - to request the payment of agreed premium,
 - to request the insured party to undergo medical investigations in a medical facility determined by the insurer, and to submit data from the medical record,
 - to withdraw from the insurance contract due to conscious breach of the obligation specified in the paragraph 1 a) of this article, if the insurance contract was not concluded with truthful and complete answers to the questions. In such scenario the policyholder has no right of refund of his premium,
 - in case the insurer finds out only after occurrence of the insured event that cause of this event was not known to him prior to conclusion of the contract due to knowingly untruthful or incomplete answers and in case this information has significant impact on the conclusion of the contract, insurer is entitled to refuse to pay the insurance benefit. By refusing to pay the insurance benefit the insurance contract terminates,
 - to identify policyholder and the insured party during the process of conclusion of an insurance contract and to keep their identification data in their records.
 - In case of an insured event, the insurer is obliged to pay the insurance

váttryggingabótum ásamt því að segja upp váttryggingarsamningi, allt eftir eðli og alvarleika brotsins.

6. Ef að váttryggingartaki eða váttryggður gefur meðvitað rangar eða ófullnægjandi upplýsingar til váttryggjanda þá áskilur váttryggjandi sér rétt til að lækka váttryggingabætur hlutfallslega í samræmi við það áhættuölgjald sem váttryggjandi hefið annars tekið af váttryggingareikningi ef váttryggjandi hefið vitað hið rétta. Í því tilfelli þegar að bótaskilyða er undanskilin samkvæmt skilgreiningu í grein 19, þýðir það að bótaskilyða er undanskilin vegna allrar váttryggingaráhættu sem er innan váttryggingarsamningsins.
7. Umsækjandi váttryggingar verður að upplýsa váttryggjandi ef hann er tengdur aðili við váttryggjanda. Misbrestur á að tilkynna váttryggjanda réttilega um slík tengsl, gerir honum ókleið að gera gildan váttryggingarsamning við umsækjanda og slukur váttryggingarsamningur er ógildur frá upphafi.
8. Váttryggingartaki og váttryggði gefa samþykki sitt fyrir flutningi persónuupplýsinga þeirra yfir landamæri. Váttryggingartaki og váttryggði staðfesta að þessarar upplýsingar va aflað samkvæmt viðeigandi löggjöf um persónuvernd.

Grein 15 Undanþága frá skyldu til iðgjaldgreiðslu Uppgreiðslusamningur (Paid-up policy)

1. Váttrygging sem hefur stöðu uppgreiðslusamnings er váttrygging án frekari greiðsluskyldu iðgjalda. Váttryggingartakinn hefur samt sem áður möguleika á að greiða iðgjöld ef hann óskar þess. Einnig eru allir váttryggingarsamningar þar sem öll umsamin iðgjöld hafa verið að fullu greidd, í uppgreiðslustöðu.
2. Hægt er að breyta váttryggingarsamningnum í uppgreiðslusamning, ef staðan á tryggingareikningnum hefur náð í það minnsta 1.000 € (að frádegnum NOVIS tryggðarbónusnum). Váttryggingartaki þarf að óska eftir því skriflega við váttryggjanda að fá undanþágu frá greiðslu iðgjalda (með tölvupósti eða bréfi). Eftir að hafa lagt fram beiðni um undanþágu frá greiðslu iðgjalda, sem hefst á næsta tryggingartímabili, er tryggingarsamningnum breytt í uppgreiðslusamning.

Ef váttryggingartaki óskar eftir undanþágu frá greiðslu iðgjalda og inneign á tryggingareikningi er undir 500 €, þá greiðir váttryggjandi endurkaupsvirðið út og váttryggingarsamningnum lýkur.

3. Á gildistíma váttryggingarsamnings, sem hefur verið breytt í uppgreiðslusamning, er verðgildi samningsins uppreiðnað í hverjum mánuði samkvæmt 8. grein þessara váttryggingarskilmála, þar sem umsamin váttryggingarvernd hefst í gildi.
4. Váttryggingarsamningi sem hefur verið breytt í uppgreiðslusamning, lýkur í lok þess mánaðar, sem er næstur á eftir þeim mánuði þar sem inneign á tryggingareikningi verður neikvæð í fyrsta skipti, nema váttryggingartaki hefji iðgjaldgreiðslur á ný.

Grein 16 Breytingar á váttryggingarsamningi

1. Váttryggingartaki hefur rétt á að óska eftir lækkun umsaminnar iðgjaldageiðslu reglulegra iðgjalda eftir 5 ár. Váttryggjandi getur aðeins neitað beiðni hans ef lækkuð iðgjaldageiðsla nægir ekki fyrir greiðslu áhættuölgjalda fyrir þá váttryggingavernd sem samið var um í váttryggingarsamningnum.
2. Váttryggingartakinn hefur rétt á að óska skriflega eftir breytingum á umsaminni váttryggingarvernd einu sinni á ári án kostnaðar, ef lágmarksupphæð samtölu bótafjárhæða allrar váttryggingarverndar innan samningsins helst. Váttryggjandi áskilur sér rétt til að hafna hækkun váttryggingarverndar að fullu eða að hluta ef:
 - a) það er niðurstaða af einstaka áhættumati.
 - b) váttryggði leggur ekki fram fullnægjandi gögn samkvæmt ósk váttryggjanda innan tiltekins frests sem ákveðinn er af váttryggjanda.
 - c) einhver þeirra bótafjárhæða sem á að breyta fer umfram þau mörk sem váttryggjandi getur samþykkt sem váttryggingarvernd.
3. Breytingar samkvæmt þessari grein taka gildi á fyrsta degi næsta

mánaða á eftir þeim mánuði sem skrifleg beiðni (tölvupóstur eða bréf) um breytingu á samningnum berst, auk nauðsynlegra gagna, þannig að váttryggjandi geti lagt mat á þá breytingu sem óskað hefur verið eftir fyrir lok umræðs mánaðar. Ef váttryggjandi hafnar þeirri breytingu sem váttryggði óskar eftir samkvæmt ákvæðum þessara skilmála, helst váttryggingin óbreytt.

Grein 17 Réttthafar váttryggingarbóta

1. Váttryggði er móttakandi og eigandi váttryggingarbóta, nema við andlát hans.
2. Ef það hefur verið umsamið í váttryggingasamningi að váttryggður atburður skuli vera andlát váttryggða, hefur váttryggingartaki rétt til að tilnefna réttthafa til greiðslu bóta með fullu nafni þeirra og kennitölu eða skráðu nafni fyrirtækis og kennitölu.
3. Á gildistíma váttryggingarinnar hefur váttryggingartaki rétt á að breyta rétthöfum til greiðslu váttryggingarbóta þar til váttryggður atburður hefur gerst. Ef váttryggingartaki er ekki sá sem er váttryggður, getur hann aðeins gert breytingar með smítsjúkdómur sem tekur til stórs landsvæðis og stórs tilkynning þess efnis berst til váttryggjanda.
3. Í því tilfelli þegar engin réttthafi hefur verið tilnefndur í váttryggingarsamningi þegar váttryggingarburður gerist eru réttthafar ákvarðaðir samkvæmt gildandi ákvæðum laga.
4. Þegar um er að ræða andlát váttryggingartaka fá réttthafar greitt út að fullu endurkaupsverð tryggingareiknings, þar með talið NOVIS tryggðarbónus, samkvæmt skiptingunni ákveðinni af váttryggingartaka og lýst er í 2.tl. þessarar greinar. Ef að réttthafi hefur ekki verið tilnefndur gilda ákvæði 3. tl. þessarar greinar. Ef að váttryggingartaki er einnig hinn váttryggði í tilfelli andláts, fá réttthafar greitt andvirði tryggingareiknings ásamt NOVIS tryggðarbónus auk váttryggingarfjárhæðar vegna andláts.

Grein 18 Upphaf og lok váttryggingarverndar Biðtími

1. Váttryggingarvernd fyrir áhættuþáttinn „ andlát“ og fyrir áhættuþáttinn „varanleg örorka“ tekur gildi um leið og staðfesting á því að váttryggingarsamningur hafi tekið gildi hefur verið móttekin, en samt ekki fyrir dagsetningu tæknilegrar byrjunar sem tiltekin hefur verið í váttryggingarsamningnum.
2. Váttryggingarvermdin fyrir váttryggingaáhættuna “alvarlegir sjúkdómar” hefst á sama tímapunkti sem lýst er í grein 18.1. Váttryggingaáhætturnar hjartadrep sbr. gr. 26.1.a), krabbamein sbr. gr. 26.1.c) og heila- og mænisigg (MS) sbr. gr. 26.1.g) verða þó ekki virkar fyrr en þremur mánuðum síðar (biðtími). Biðtíminn á ekki við ef váttryggingartaki haði áður gilda sjúkdómatryggingu hjá öðru váttryggingafélagi þar sem váttryggingarfjárhæð er að minnsta kosti sama upphæð og óskað er eftir í váttryggingarsamningnum.
3. Í því tilfelli að váttryggingarfjárhæð fyrir váttryggingaráhættuna “Alvarlegir sjúkdómar” er hækkuð þá gildir nýr 3 mánaða biðtími eingöngu fyrir váttryggingarverndirnar hjartadrep sbr. gr.26.1 a), krabbamein sbr. gr. 26.1.c) og heila -og mænisigg (MS) sbr. gr. 26.1.g). Á meðan nýja biðtímanum stendur er upprunaleg váttryggingarfjárhæð í gildi hvað þessar áhættur varðar.
4. Ef sjúkdómur greinist samkvæmt skilningi 26. greinar þessara skilmála, þá setur váttryggjandi tveggja ára biðtíma fyrir greiningu annars sjúkdóms. Eftir að bótagreiðsla hefur farið fram vegna eins sjúkdóms,þá verður sá sjúkdómur undanþeginn váttryggingarvernd það sem eftir lifir af váttryggingarsamnings.
5. Lokadagsetning váttryggingarverndar vegna allra áhættuþátta er sú sama og dagsetning uppsagnar váttryggingasamningsins og það er aðeins mismunur á þessu ef váttryggingartaki hefur óskað eftir breytingu þess efnis að segja upp samum af samþykktum og gildandi váttryggingarverndum, samkvæmt skilningi 16. greinar þessara skilmála.

Grein 19 Undantekningar varðandi váttryggingarbætur

1. Fyrir váttryggingaráhættuna andlát: Svipti hinn váttryggði sig lífi innan 1 árs frá gildistöku váttryggingarsamningsins ber váttryggjandi ekki ábyrgð og engar bætur greiðast fyrir váttryggingaráhættuna andlát. Ef að váttryggingarfjárhæð vegna andláts er hækkuð að beiðni váttryggingartaka og hinn váttryggði sviptir sig lífi innan 1 árs frá gildistöku þeirrar hækkunar, ber váttryggjandi aðeins ábyrgð á bótum sem samsvarar váttryggingarfjárhæð andláts fyrir hækkunina.
2. Fyrir váttryggingaráhætturnar "Varanleg örorka" og "Alvarlegir sjúkdómar" eru eftirfarandi atvik eða aðstæður undanþegin bótaskilydu:
 - a) Þátttaka í hernaðaraðgerðum,
 - b) Þátttaka í borgarauppreisn, bytingu eða uppþoti á vegum byltingarmanna,
 - c) Kjanorkuslys eða styrjöld,
 - d) Slys sem orsakast af hjartaáfalli, heilaslagi eða flogakasti,
 - e) Þátttaka í hryðjuverkum,
 - f) Smítsjúkdómur sem tekur til stórs landsvæðis og stórs hlutfalls af mannfjölda (faraldur),
 - g) Hreyfingar í liðum útlíma eða hryggs, slit eða tognun vöðva, liðbanda eða sina sem orsakast af því að lyfta eða færa hluti,
 - h) Líkamstjón af völdum jónandi geislavirkni eða kjarnorku,
 - i) Óhófleg notkun alkóhóls eða lyfja en lyfjanotkun samkvæmt læknisráði, sem hluti af virkri lækni meðferð, er þó undanskilin,
 - j) Sjúkdómar eða rýrnun á styrk sem valdið er af sjálfisdáðum, sjálfsskaði eða sjálfsvígstílaun,
 - k) Áhrif orkugeisla með styrk yfir 100 volts, nifteindir frá hvaða orkuuppsprettu sem er, lasergeisla eða tilbúinna útfjöluðlárra geisla. Ef geislun er framkvæmd í lækningaskyni af lækni, eða undir umsjón læknis, heldur váttryggingarvermdin þó gildi sínu,
 - l) AIDS og HIV smit (beint eða óbeint) nema smitið sé vegna faglegs starfs eða blóðgjafar á váttryggingartímanum,
 - m) Þátttaka váttryggðs í refsiverðum verknæði,
 - n) Flug hins váttryggða, nema hann fljúgi sem farþegi í áætlunar-eða leiguflugl á vegum aðila með tilskilin leyfi flugmálayfirvalda,
 - o) Hættulegar íþróttir eins og mótorsport, froskköfun, fjallaklifur, svifdrekaflug, fallhlífastökk, bardagaíþróttir, flúðasiglingar, teygjustökk og/eða íþróttir sem eru sambærilegar og eðlisskyldar,
 - p) Laseraðgerð á augum í fegurðar-eða þægindaskyni.
 - r) Eftirfarandi tegundir tognunar er undanskildar bótaskilydu: Háls,mjóbak og brjósthryggur, tognun á spjalldliðum, tognun á axlarliðum og olnbogum, tognun á úlnliðum, tognun á fingrum og tám, tognun á öklum, tognun á mjóbaki, tognun á hnjúm, tognun á Chopart og Lisfranc liðum. Undanskilið er tognun á kinnkjálkallið sannað með röntgenmynd, tognun á hné sannað með liðspeglun og tognun á hné þar sem ástunga hefur reynst nauðsynleg og þar sem blæðing inn í liðinn hefur verið greind.

Grein 20 Gerðardómur lækna

1. Trúnaðarlæknir váttryggjanda metur tjónskrófu og rétt uppgjör váttryggingarbóta. Ef ágreiningur rís milli váttryggða og váttryggjanda um rétt uppgjör váttryggingarbóta, skal skipaður þríggi manna gerðardómur sem samanstendur af tveimur læknum og dómsformanni, sem munu ákvarða váttryggingarbæturnar. Annar læknirinn er tilnefndur af váttryggjanda en hinn er tilnefndur af hinum váttryggða. Dómsformaðurinn er valinn af læknumum tveimur sem hafa verið tilnefndir. Dómsformaðurinn skal vera sérfærðingur á viðkomandi læknisfræðilegu sviði. Ef læknamir eru ekki sammála um val á

benefit within 15 days after finalization of the claim process.

5. If a deliberate breach of the obligations set in these GTCs or generally binding legal regulations has a significant impact on the occurrence of an insured event or on the increase of the scope of consequences of the insured event, the insurer has the right to decrease the amount of insurance benefit or to terminate the insurance contract, depending on the impact of the breach on the extent of obligation to be fulfilled.
6. The insurer is entitled to reduce the insurance benefit accordingly, if based on consciously untruthful or incomplete answer of the insured party or the policyholder, a lower risk deduction from the insurance account was determined. In cases where insurance benefit is excluded within the meaning of Article 19, it means the exclusion of any insurance benefit on the basis of any insurance risk agreed in the insurance contract.
7. A prospective policyholder is obliged to inform the insurer if he is a related person to the insurer. Failure to inform the insurer of such relation, results in inability of the insurer to conclude an insurance contract with such prospective policyholder and any such insurance contract is null and void from the outset.
8. The policyholder and the Insured give their consent for transfer of their personal information across geographical borders. The Policyholder and the Insured confirm that these information were acquired according to relevant legislation on personal data protection.

Article 15 Exemption from premium payment obligation - Paid-up policy status

1. The insurance in the paid-up status is an insurance without the obligation to pay further insurance premiums. The policyholder has however the possibility to pay insurance premiums voluntarily. Also all the insurance contracts for which the corresponding total agreed insurance premium was paid are in the paid-up status.
2. The insurance contract can be converted into a paid-up policy status, if the current balance of the insurance account amounts to at least 1,000 € (excl. NOVIS Loyalty Bonus). The policyholder has to request a desired premium exemption in written form (via e-mail or letter) to the insurer. After submission of this request for the premium exemption, starting from beginning of the next insurance period, the insurance contract is transferred into a paid-up policy status. If the policyholder requests a premium exemption and the balance of the insurance account is lower than 500 €, then the insurer pays the surrender value and the insurance contract terminates.
3. During the period of the insurance in the paid-up status the value of the insurance account, will be calculated each month in the sense of article 8 of these GTCs, whereby the agreed insurance coverage remains valid.
4. The insurance, which is in the paid-up status, ends on the last day of the month, which follows the month, in which the balance on the insurance account becomes the first time negative unless policyholder pays insurance premium again.

Article 16 Contract modifications

1. The policyholder has the right to request the reduction of the amount of the agreed regular premium after 5 years. The insurer can reject this demand only if the reduced regular premium is not sufficient for the payment of the insurance coverage agreed in the insurance contract.
2. The policyholder has the right to request the change of the agreed insurance coverage once a year in writing free of charge if it keeps the minimum amount of the cumulative insured sum agreed in the insurance contract. The insurer reserves the right to reject the increase of the insurance coverage in its entirety or partly if:
 - a) it results from the outcome of the individual insurance risk assessment,
 - b) the insured party with a change of the insurance coverage does not submit all of the documents and information demanded by the insurer within the period determined by the insurer,
 - c) one of the insured sums to be changed exceeds the limit

acceptable for the insurer for risk coverage.

3. Changes in accordance with this article come into force starting from the first day of the month, which follows the month of the delivery of written request for contract modification (e-mail or letter), if the written request as well as all necessary documents were provided to the insurer for the evaluation of the requested modification in time before the end of the given month. If the insurer rejects a change requested by the policyholder in accordance with the provisions of these GTCs, the insurance shall remain unchanged.

Article 17 Beneficiaries

1. The insured party has the right to the insurance benefit, except in case of his death.
2. If it is agreed in the insurance contract that the insured event is the death of the insured party, the policyholder has the right to appoint the beneficiaries to receive the insurance benefit with their name, surname, social security number, or the whole name of the company. Until the occurrence of the insured event, the policyholder may change the beneficiaries. If the policyholder is not at the same time insured, he can do so only with the consent of the insured party. The change of the beneficiaries is effective upon delivery of the notification to the insurer.
3. In case that in the insurance contract there is no beneficiary appointed and an insured event occurs, the insurer shall determine the person entitled to the insurance benefit under the relevant legal provisions.
4. In case of death of the policyholder the beneficiaries receive a full value of the insurance account incl. NOVIS Loyalty Bonus and it is paid out based on shares set by policyholder as described in point 2 of this article. If no beneficiaries can be determined, the provision of paragraph 3 of this article applies. If the policyholder is at the same time the insured party in the case of death, the beneficiaries are paid the value of the insurance account incl. NOVIS Loyalty Bonus as well as the insured sum for the death.

Article 18 Beginning and end of the insurance coverage, Waiting period

1. The insurance coverage for the insurance risk "Death" and for the insurance risk "Permanent disability", comes into effect in the moment of receipt of the confirmation of the conclusion of the insurance contract, but not before the technical beginning specified in the insurance contract.
2. The insurance cover for the insurance risk "Critical Illness" begins at the same point in time as described in art. 18.1. The insurance cover for the risks myocardial infarction as per art. 26.1 a). cancer as per art. 26.1. c) and multiple sclerosis as per art. 26.1. g) do however not begin until three months later (waiting period). The waiting period doesn't apply if the policyholder had an insurance coverage for critical illnesses previously with other insurance company for sum insured at least in the same amount as concluded in the insurance contract.
3. In case of the increase in the sum insured for "Critical illnesses", new waiting period of 3 months applies for such an increase only for the insurance cover for the risks myocardial infarction as per art. 26.1 a). cancer as per art. 26.1. c) and multiple sclerosis as per art. 26.1. g). During the new waiting period the original amount of the sum insured remains.
4. In the case of the diagnosis of a critical illness within the meaning of article 26 of these GTCs, the insurer applies a 2-year waiting period for the diagnosis of another critical illness. After diagnosing a critical illness for which an insurance benefit has been paid, this critical illness is excluded from the insurance coverage.
5. The end of the insurance coverage for all insurance risks is the same as the date of termination of the insurance contract, and it differs only if the policyholder requires, in the context of a modification of the insurance contract, to terminate some of the agreed insurance risks within the meaning of Article 16 of these GTCs.

Article 19 Exclusions of the insurance benefit

1. For death risk: If the insured person commits suicide within 1 year from the beginning of the insurance coverage, the insurance benefit is denied. If the insured sum is increased and the insured person commits suicide within 1 year of the increase, the insurer pays the insurance benefit as agreed before the increase and only if the waiting period of 1 year from the beginning of the insurance coverage was met.
2. For the insurance covers „Permanent disability“ and „Critical illnesses“ the following events are excluded from insurance cover:
 - a) Participation in military intervention,
 - b) Partitipations in a revolt, a rebellion or in unrest on the side of the rebels,
 - c) Nuclear diseaster or military conflicts,
 - d) Accidents that have occured as a result of myocardial infarction, stroke or epileptic seizure,
 - e) Participation in a terrorist action,
 - f) Epidemic disease affecting a large area and a significant porportion of the population (pandemic),
 - g) Movement of the joint of the limb or spine, and in case of rupture or strain of the muscles, tendos, ligaments or lozenges of the limbs or spine as a result of lifting or pulling objects,
 - h) Physical damage due to ionizing radiation or nuclear energy,
 - i) Excessive use of alcohol, drugs or medication, from which medications used under medical supervision are excluded,
 - j) Deliberate causing of an illness, decrease in strenght, a deliberate self-injury or a suicide attempt,
 - k) Energy beam effects a strenght of at least 100 electron volts, neutrtrons of any energy, laser beams or artificially generated ultraviolet rays. If irradiation is performed for therapeutical purposes by a physician or under medical supervision, the full insurance coverage remains,
 - l) AIDS and HIV infection (direct or indirect), other than HIV infection, asquired during exercisce of profession, transfusion of blood or blood productsduring the duration of the insurance coverage,
 - m) Intentional criminal act of the insured party,
 - n) Flight if the insured person, which an exemptionwhen flying as a passenger (not as a crew member), in civil air vehicles authorized for the transport of passengers,
 - o) Dangerous sports like motor racing, diving, mountain climbing, paragliding, parachuting, martial arts, rafting and bungee and any comparable activities which are similar in their nature,
 - p) Corrective laser exe surgery for aesthetic reasons and for comfort improvement,
 - r) From insurance benefits are excluded following kind of sprain: cervical, lumbar and thoracic spine, sprain of sacrocranial articulation, sprain of shoulder joint and elbow joint, sprain of wrist, sprain of fingers of lower and upper limbs, sprain of ankle, sprain of lumbar, sprain of knee, sprain of Chopart and Lisfranc joints. Except of sprain of maxillary joint with X-ray examination, sprain of knee with arthroscopy and sprain of knee with the necessary puncure and with detected hemarthrosis (bleeding into joint spaces).

Article 20 Medical committee

1. A consulting doctor of the insurer evaluates claims and correct insurance benefits. In the case of different opinions of the insured party and the insurer on the type and extent of the insurance benefit, a medical committee consisting of two doctors and a chairman will decide on the insurance benefit. One doctor is appointed by the insurer to the medical committee

Almennir skilmálar og skilyrði váttryggingarinnar Söfnunarlíftrygging NOVIS Life Savings Plan

dómsformanni innan mánaðar frá skipun sinni, þá verður dómsformaður tilnefndur af Héraðsdómi Reykjavíkur.

- Bæði váttryggjandi og váttryggði hafa rétt til að óska eftir úrskurði gerðardóms.
- Hinum váttryggða ber skylda til að undirgangast læknisskoðun hjá læknum gerðardómsins og að samþykjja að hlýta öllum ráðstöfunum sem gerðardómurinn telur nauðsynlegar.
- Kostnaður vegna gerðardómsins er borinn annað hvort af váttryggjanda eða hinum váttryggða, eftir því hvor óskaði eftir úrskurði gerðardómsins varðandi ágreiningin.

ANNAR HLUTI

Ákvæði um váttryggingarvernd

1. Andlát

Grein 21

Váttryggingaratburður

- Pegar váttryggingaratburður er „andlát“ er það andlát váttryggðs á gildistíma váttryggingarinnar, nema váttryggingin hafi fallið úr gildi af öðrum ástæðum. Andlát váttryggðs verður að tilkynna svo fljótt sem auðið er til váttryggjanda og eftirfarandi gögn þurfa að fylgja til váttryggjanda:
 - staðfest dánarvottorð váttryggðs frá Sýslumanni.
 - öll læknisfræðileg gögn, opinber gögn og upplýsingar til að skýra váttryggingaratburðinn.
- Í tilfelli andláts váttryggingartaka þá eru váttryggingarbætur inneign tryggingarreiknings, váttryggingarfjárhæð vegna andláts og NOVIS tryggðarbónus. Í tilfelli andláts váttryggðs, sem er annar en váttryggingartaki, eru váttryggingarbætur eingöngu váttryggingarfjárhæð vegna andláts. Váttryggingarfjárhæð vegna andláts getur ekki verið lægri fjárhæð en 5.000 EUR. Váttryggingarsamningurinn innifelur ekkert kerfi um hagnaðarhlutdeild.

2. Varanleg örorka

Grein 22

Skilgreining slyss og sjúkdóma

- Slys er líkamlegur áverki eða andlát, sem orsakast vegna áhrifa óvænts, skyndilegs, harkalegs og einstaks atnauðkomandi atburðar.
- Barnalömun og veiruheilabólga sem berst með blóðmíttum eru álitin slys ásamt stífkrampa og hundaæði sem hefur orsakast af smiti vegna áverka.
- Eftirfarandi atburðir sem gerast án vilja hins váttryggða og valda varanlegum líkamlegum skaða eða dauða eru skilgreindir sem slys:
 - drukknun,
 - bruni, húðbruni, bruni vegna áhrifa frá eldingu eða rafstraumi,
 - skyndileg og óvitandi innöndun á gasi eða gufum, skyndileg og óvænt inntaka eitufarna eða ætandi efna.

- Eftirfarandi er ekki álitíð slys:
 - sjálfsvíg eða tilraun til sjálfsvigs,
 - visvitandi sjálfskaði,
 - hjartaáfall,
 - versnun sjúkdóms vegna slyss,
 - áverki á líffærum sem hafa orðið fyrir skemmdum (t.d. hásin og liðþófi) vegna smávægilegs, óbeins harkalegs atburðar,
 - innvortis skaði á líkama vegna lyftinga og flutnings hluta.
- Sjúkdómur telst vera veikindi eða sjúkdómsástand hins váttryggða sem ekki orsakast af slysi.

Grein 23

Váttryggður atburður og váttryggingarbætur

- Pegar váttryggingaratburður er „varanleg örorka“ er það sjúkdómur eða slys váttryggðs á gildistíma váttryggingarinnar, sem veður hinum váttryggða varanlegri læknisfræðilegri örorku, nema að váttryggingin hafið fallið úr gildi af öðrum ástæðum. Lágmarks bótaskilyd varanleg

örorka er 15% vegna slyss en 25% vegna sjúkdóms. Örkustig getur aldrei orðið hærra en 100%.

- Ef váttryggingaratburður verður greiðir váttryggjandi bætur vegna varanlegrar örorku í hlutfalli við það örkustig sem talið er rétt af viðurkenndum lækni eða gerðardómi lækna sbr. gr. 20, og váttryggingarfjárhæð sem í gildi er þegar váttryggingaratburður hendir.
- Váttryggingarvernd fyrir varanlega örorku fellur niður þegar hinn váttryggði verður 67 ára (á afmælisdegi) og ekkert áhættuðgjald fyrir vemdina er dregið frá tryggingarreikning eftir það.

Grein 24

Nánar um greiðslu váttryggingarbóta

Greiðsla bóta fyrir varanlega örorku er háð eftirfarandi reglum:

- Örkustig er ákvarðað í samræmi við miskatöflur útgefnum af Íslensku Örkunefndinni. Ef að líkamsástand er ekki tiltekið í töflunum skal tekið tillit til sambærilegra og viðurkenndra erlendra bótatafna.
- Bætur vegna varanlegrar örorku taka ekki tillit til starfs, menntunar, sérstakrar hæfni eða þjóðfélagsstöðu hins váttryggða (læknisfræðileg örorka).
- Varanleg örorka er talin hafa orðið ef hinn váttryggði hefur ekki jafnað sig af slysi eða sjúkdóm og viðurkenndur læknir telur að það líkamsástand sé orðið varanlegt.
- Örkumat getur fyrst farið fram þegar líkamsástand hins váttryggða er orðið stöðugt og ekki er málefnaleg von til þess að batni. Örkumat skal þó fara fram þegar að lágmarki 1 ár er liðið frá slysaatburð eða upphafi sjúkdóms Einkenna.
- Í því tilfelli að hinn váttryggði lendir í fleiri en einum váttryggingaratburð með mismunandi afleiðingum þá fer fram heldarmat sem styðst við samanlagt örkustig vegna allra atburða, sem getur þó ekki farið yfir 100%.
- Ef hinn váttryggði hefur hlotið varanlegar afleiðingar af slysi eða sjúkdómi, og þessar afleiðingar snerta hluta líkamans eða líffæra hans sem einhverra hluta vegna voru ekki heilbrigð fyrir váttryggingaratburð, mun váttryggjandi lækka bætur fyrir þann váttryggingaratburð sem samsvarar því líkamsástandi sem var fyrir. Ef það það er von til þess að líkamlegt ástand hins váttryggða megi bæta með aðgerð eða öðrum læknisfræðilegum aðferðum, og hinn váttryggði neitar að gangast undir slíka meðferð án málefnalegra ástæðna, skal örkumat taka tillit til þess bata sem slík meðferð hefði mögulega geta haft í för með sér.
- Örkumati getur verið frestað að mati læknis vegna þess að líkamsástand getur batnað en þó ekki lengur en í 3 ár frá slysdegi eða byrjun einkenna sjúkdóms. Ef örkumat er ekki framkvæmt innan þessara 3 ára glatar hinn váttryggði rétt til bóta.
- Hinn váttryggði skal tilkynna váttryggjanda tjónskrófu sína án astæðulauss dráttar en þó ekki síðar en 1 ári eftir að hinn váttryggði vissi um atvik þau sem hún er reist ár. Misbrestur á slíkri tilkynningu veður brottfalli á bótaskilydu váttryggjanda.

3. Alvarlegir sjúkdómar

Grein 25

Váttryggingaratburður og réttur til váttryggingabóta

- Váttryggingaratburður samskvæmt váttryggingaráhættunni “Alvarlegir sjúkdómar“ er greining á bótaskilydum sjúkdóm.
- Í því tilfelli þegar hinn váttryggði er foreldri, þá eru börn hins váttryggða frá aldrinum 3ja mánaða til 18 ára sjálfkrafa váttryggð í váttryggingavemdinni „Alvarlegir sjúkdómar og skurðaðgerðir“ að upphæð 30% af váttryggingarfjárhæð foreldris allt að 30.000 €. Sjúkdómar og sjúklegt ástand barns, sem var greint áður en váttryggingin tók gildi, er undanskilið úr þessari váttryggingu.
- Bótaskylda váttryggjanda byggir líka á að hinn váttryggði sé á lífi 30 dögum eftir dagsetningu greiningar.

Grein 26

Skilgreining bótaskyldra sjúkdóma

- Váttryggingarvernd fyrir "Alvarlega sjúkdóma" á við um greiningu eftirtalinna alvarlegra sjúkdóma:
 - Hjartadrep,
 - Hjáveituaðgerð,
 - Krabbamein,
 - Heilablæðing,
 - Nýrnabilun,
 - Líffæraigræðsla,
 - Heila- og mænisigg (MS),
 - Lömun,
 - Blinda,
 - Lífsnauðsynleg umönnun,
 - HIV smit vegna áhættustarta,
 - HIV smit vegna blóðgjafar eða inngjöf blóðafurða,
 - Parkinson’s sjúkdómur,
 - Alzheimer’s sjúkdómur,
 - Göðkynja heilæxli,
 - Heymarleysi,
 - Lungnasjúkdómur á háu stigi,
 - Missir máls,
 - Skípti á hjartaloku,
 - Ósáðaraðgerð,
 - Dá,
 - Heiladauði (algjör frumudauði heilabarkar),
 - Frumstig lungnaháprýstings,
 - Blóðleysi vegna skerðingar í starfsemi beinmergs (blóðleysi vegna vanframléiðslu).
 - Hreyfitaugangahrömun (Motor Neurone Disease)
 - Úllimamissir
 - Eyðniveirusmit vegna blóðgjafar, vegna árásar eða vegna tiltekinna starfa
 - Þriðja stigs bruni
 - Heilahimubólga af völdum bakteríusýkingar (Bacterial Meningitis)
 - Alvarlegur höfuðáverki sem skerðir heilastarfsemi

2. Nákvæm skilgreining sjúkdóma

2.1 Hjartadrep

Óafturkræft drep í hjartavöðva vegna bráðrar lokunnar kransæðar. Greiningu verða að fylgja eftirfarandi einkenni:

- Dæmigerður miðbrjóstverkur sem gefur til kynna hjartaáfall.
- Hækkun hjarta lífmarka, þar með talinn CK-MB hærrí en almennt viðurkennt sem eðlilegt gildi á rannsóknarstofum eða hjartatrúþónín T eða í 500ng/L eða hærra.
- Nýtt hjartalaurit sem sýnir breytingar vegna dreps.
- Sönnun á minnkaðri starfsemi í vinstri slegli, eins og til dæmis minnkaður sleglahraði í vinstri slegli eða alvarleg vanhreyfni, hreyfitregða eða afbrigðilegar hreyfingar hjartaveggs.

Hljóðlát hjartadrep þar sem dæmigerð læknisfræðileg einkenni hjartadreps eru ekki augljós eða finnast ekki, er undanskilið. Hægt er að óska eftir greiðslu bóta þegar greining sjúkdóms hefur verið staðfest af hjartasérfræðingi.

2.2 Hjáveituaðgerð

Framkvæmd opinnar skurðaðgerðar þar sem þrengisli eða lokun tveggja eða fleiri kransæða er lóguð með hjáveitugræðslu hjá þeim sem hafa fengið afmörkuð einkenni hjartakveisu. Aðgerð þar sem ekki er um að ræða opnun á brjóstholi (hjartaþræðing, vikkun með blöðr, leiser aðgerð) og framkvæmd hjartalokuaðgerðar án notkunar gervilliferis, flokkast ekki undir það að vera „bótaskilydir sjúkdómar“. Bótakrafa myndast eftir að aðgerðin hefur verið gerð.

2.3 Krabbamein

Allir illkynja sjúkdómar sem einkennast af stjórlausum vexti og dreifingu illkynja fruma sem eru ífarandi í vefi af mismunandi vefjafræðilegri gerð. Greining verður að vera staðfest með vefjagreiningu eða ef um er að ræða kerfisbundin krabbamein – frumfræðilegri staðfestingu.

and the other one by the insured party. The chairman is selected by these two doctors. The chairman should be an expert in the relevant medical issue. If the doctors do not agree on the appointment of the chairman within a month, at the request of the insurer or the insured party the chairman will be appointed by the Medical Chamber.

- Both the insured party and insurer have the right to request the decision of the medical committee.
- The insured party is obligated to be examined by the doctors of the committee and to comply with all measures which this committee considers necessary.
- Costs of the medical committee are borne either by the insurer or the insured party, depending on who requested the investigation of the state of health by the medical committee.

SECOND PART Provisions on the Insurance Risks

1. Death

Article 21

Insured event

- The insured event of the insurance risk “Death” is the death of the insured party during the insurance period, unless the insurance cover has expired for other reasons. The death of the insured party must be notified to the insurer without undue delay and the following documents have to be presented to the insurer:
 - notarized death certificate of the insured party,
 - any medical and official evidence and information to clarify the insured event.
- In case of death of policyholder the part of insurance benefit is balance of the contract on the day of death, current sum insured for death and NOVIS Loyalty Bonus. In case of death of insured person who is not policyholder, only sum insured is paid out. The sum insured for death cannot be lower than 5.000 €. There is no profit sharing system in place.

2. Permanent disability

Article 22

Definition of an accident and sickness

- An accident refers to physical injury or death, which was caused by unexpected, sudden, violent and single impact of external influence.
- A tick-borne childhood paralysis and meningoencephalitis is considered an accident as well as tetanus and rabies caused by infection during injury.
- The following events, independent of the will of insured party,causing permanent physical damage or death are considered an accident:
 - Drowning,
 - Burns, scalding, effect of lightning strike or electric current,
 - Sudden and unconscious inhalation of gases or vapors, sudden and unintentional ingestion of toxic or corrosive substances.
- The following is not considered an accident:
 - Suicide or suicide attempt,
 - Deliberate self-injury,
 - Myocardial infarction,
 - Degradation of an illness due to an accident,
 - Injury of degenerative changed organs (e.g. Achilles’ tendon and meniscus) by a small indirect violent impact,
 - Internal physical damage due to lifting and moving objects.
- A Sickness is an illness or adverse physical state which is not caused by an accident.

Article 23

Insured event and insurance benefits

- When the insured event is „Permanent disability“ it is a accident or sickness of the insured, during the period of the policy which results in permanent disability, unless the insurance cover has ceased due to other circumstances. Minimum covered permanent disability is 15% due to accident and 25% due to sickness. Permanent disability can never be higher than 100%.
- If an insured event occurs, the insurer will pay compensation in proportion to the ratio of permanent disability as evaluated by a qualified doctor or the medical committe as per art. 20, and the sum insured which is valid on the day of the event.
- Insurance cover for „Permanent disability“ ceases when the insured becomes 67 year old (by birthday) and no risk premium is deducted from the insurance account thereafter.

Article 24

Further on insurance benefits

Compensation for permanent disability is subject to the folloing rules:

- Percentage of permanent disability is determined in accordance with tables issued by the Icelandic Disability Committe (Miskastig Örkunefndar). The the relevant medical condition is not included in the tables, its evaluation shall be determined in conjunction to the tables or other recognized and comparable tables.
- The permanent disability does not take into account occupation, education, special skills or social status of the insured.
- Permanent disability is deemed to have occurred if the insured does not recover from his injuries or sickness and a qualified doctor confirms that physical consequence of such accident or sickness are permanent.
- Medical evaluation for permanent disability can first be determined when the insured physical condition is stable and with no reasonable possibility to improve. Such evaluation can however only be performed when at least 1 year has passed since date of accident or emergence of sickness.
- In the case that the insured party suffers several permanent consequences of a different kind due to single accident or sickness or combination of both, the overall consequences are assessed based on the sum of the percentages of individual consequences, but not more than 100% in total.
- If the insured party has suffered permanent consequences due to an accident or sickness and these permanent consequences concern a part of the body or an organ, whose function was for any reason already reduced before this accident, the insurer will lower the percentage for the extent of the permanent consequences due to an accident or sickness, by the amount corresponding to the percentage of the previous injury.
- If there is a possibility that the insured physical condition can be improved by surgery or other accepted medical treatments, and the insured refuses to undergo such treatments without reasonable excuses, the medical evaluation shall take into account the possible improvements that such treatments might provide.
- Medical evaluation can be postponed as deemed necessary by medical experience and possibility on further improvements but not any longer than 3 years from date of accident or emergence of sickness. If medical evaluation is not performed within these three years to insured loses his right to compensation.
- The insured must notify the insurer about his claim as soon as possible but at latest within 1 year from the point in time when he had information about the events leading to his claim.

3. Critical Illness

Article 25

Insured event and right to insurance benefit

- An insured event of the insurance risk „Critical Illnesses“ is the diagnosis of covered illness.
- In case the person insured is a parent, his/her children aged from

3 months to 18 years are automatically insured for the diagnosis of a critical illness in the amount of 30% of the insured sum of their parent amounting up to 30 000 €. Pre-existing conditions of critical illnesses are excluded from this coverage.

- The liability is a subject to the insured party being alive 30 days from the date of diagnosis.

Article 26

Definitions of covered illnesses

- The insurance cover „Critical Illnesses“ refers to diagnosis of the following critical illnesses
 - Myocardial infarction,
 - Bypass operation,
 - Cancer,
 - Stroke,
 - Kidney failure,
 - Transplantation of organs,
 - Multiple sclerosis,
 - Paralysis,
 - Blindness,
 - Essential care,
 - HIV infection caused by the occupational exposure,
 - HIV infection caused by the blood transfusion or transfusion of blood products,
 - Parkinson’s disease,
 - Alzheimer’s disease,
 - Benign brain tumor,
 - Deafness,
 - Advanced stage of a lung disease,
 - Speech loss,
 - Replacement of the heart valve,
 - Operation on the aorta,
 - Coma,
 - Apallic syndrome (total cell death of the brain cortex),
 - Primary pulmonary hypertension,
 - Anemia caused by impairment of the bone marrow (aplastic anemia),
 - Motor neuron disease before the age of 60,
 - Loss of limbs,
 - HIV infection in blood transfusions, due to physical assaults, or in the performance of certain tasks,
 - Third degree burns,
 - Bacterial meningitis,
 - Serious head wounds which causes a injury and interference the function of the brain.

2. Detailed characteristics of the covered critical illnesses

2.1 Myocardial infarction

Irreversible damage to a part of the heart muscle by acute shut-off of the coronary artery. The diagnosis must be confirmed by the following characteristics:

- Typical central chest pain suggestive of Heart Attack,
- Elevation of cardiac biomarkers, including CK-MB above the generally accepted normal laboratory levels or Cardiac Troponin T or I at 500ng/L and above,
- New ECG changes of infarction,
- Proof of reduction in left ventricular function, such as reduced left ventricular ejection fraction or significant hypokinesia, akinesia, or wall motion abnormalities.

Silent myocardial infarction in which the typical clinical symptoms for a myocardial infarction are not apparent or cannot be traced is excluded.

The request for an insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by a cardiology clinic or a cardiology specialist.

2.2 Bypass operation

The performance of an open heart surgical procedure in which the narrowing or shut off of two or more coronary arteries is remedied by a bypass implant in persons with circumscribed angina pectoris symptoms. The procedure of an operation without opening of

Almennir skilmálar og skilyrði váttryggingarinnar Söfnunarlíftrygging NOVIS Life Savings Plan

Samkvæmt ofangreindri skilgreiningu eru eftirtaldin krabbamein ekki tryggð:

- Staðbundin krabbamein
- Illkynja sjúkdómur í húð nema illkynja sortæxli sem hefur ráðist inn fyrir húðþekjuna
- Illkynja sjúkdómar í blöðrhálskirtli nema það hafi þróast til að minnsta kosti TNM flokkun T2NOMO
- Öll totuþekjuvefskrabbamein í skjaldkirtli nema það hafi þróast í að minnsta kosti TNM flokkun T2NOMO
- Allir Hodgkins sjúkdómar og ekki-Hodgkin’s sjúkdómar nema þeir hafi þróast í að minnsta kosti í Ann Arbor flokkun, stig 2
- Allt hvítblæði sem hefur ekki orsakað blóðleysi
- Öll æxli í meltingarvegi nema þau hafi þróast að minnsta kosti í TNM flokkun stig T2NOMO eða hafi mítösu hlutfall > 5/50 hpf. Til útskýringar þá eru allir sjúkdómar eða ástand sem lýst er eða flokkað sem eitthvað af eftirfarandi ekki talið til krabbameina samkvæmt ofangreindri skilgreiningu:
- Forstíg
- Ekki ifarandi
- Er á mörkum þess að vera illkynja eða hefur litla möguleika á að verða illkynja.
- Frumubreytingar í leghálsi CIN-1, CIN-2 eða CIN-3

2.4 Heilaslæg

Heilaslæg verður að orsakast af heilablæðingu eða heiladrepi vegna lokunnar eða rífu á heilaæð eða blóðkei frá öðrum líffærum. Heilaslæg verður að leiða til óvæntra viðvarandi taugakvilla. Varanlegar taugskemmdir þarf að meta hluttaust með taugaprófunum og sneiðmyndatöku af miðtaugakerfi, þar sem einkenni fötlunar þurfa að hafa verið viðvarandi í 3 mánuði frá upphafi heilaslags. Tímabundin taugafraðileg einkenni (TIA, PRINT) eru ekki flokkuð sem bótaskýldur sjúkdómur.

Réttur til greiðslu váttryggingarbóta skapast þegar greining hefur verið staðfest af sérfræðingi í taugasjúkdómum. Hægt er að greiða bætur í fyrsta lagi sex vikum eftir að heilaslæg átti sér stað.

2.5 Nýrnabilun

Varanleg bilun á starfsemi beggja nýrna (banvæn nýrabilun), sem krefst varanlegrar meðferðar í nýrnaskilju eða nýrnaígræðslu. Váttryggður atburður er talinn hafa gerst í fyrsta lagi eftir þriggja mánaða meðferð í gervinýra, þó að sú meðferð haldi áfram eftir þann tíma. Bilun eins nýra eða ef eitt nýra er fjarlægð, er ekki talið til bótaskýldra sjúkdóma. Réttur til bótakröfu skapast eftir að nýrnaskipti hafa verið framkvæmd eða þremur mánuðum eftir að varanleg meðferð í nýrnaskilju er hafin.

2.6 Líffæraígræðsla

Á við líffæraígræðslu úr einni manneskju í aðra, líffæraflutning eins eða fleiri eftirtalinna líffæra frá líffæragjafa til váttryggða: nýru, lifur, hjarta, lungu, bris eða ígræðsla beinmergs með blóðmyndandi stofnfrumum að undangengnu algöru brottnámi beinmergs. Hjartaígræðsla felur einnig í sér ígræðslu gervihjarta. Ígræðsla annarra líffæra, hluta líffæra, vefja eða fruma er undanskilin. Ábending um að aðgerð þurfi að fara fram verður að koma frá sérhæfðri heilsustofnun á Evrópska efnahagssvæðinu eða landsvæði sem samþykkt hefur verið af váttryggjanda og váttryggða. Allar skurðaðgerðir sem framkvæmdar eru erlendis þarf að ræða um fyrirfram og fá samþykki váttryggjanda fyrir. Ef þetta skilyrði er ekki uppfyllt getur það leitt til þess að váttryggjandi verði ekki bótaskýldur. Réttur til váttryggingarbóta myndast eftir að líffæraígræðslan hefur farið fram.

2.7 Heila-og mænusigg (MS)

Ótvíræð greining á heila-og mænusiggi (MS) sem er sjúkdómur þar sem fram koma blettir af afmylingu í hvíta efni (taugahvítu) miðtaugakerfisins, sem stundum nær til grúa efnis miðtaugakerfisins. Greiningin verður að vera staðfest með viðeigandi rannsóknum (tölvusneiðmyndatöku, tölvusneiðmyndatöku með líkamssleidd og segulömun), með

dægmerðum CSF niðurstöðum (mænuvökva) og í það minnsta tveimur bakslögum (köstum). Bakslag er óvænt birting nýrra eða snemmkominna einkenna eða samsvarandi versnun fyrirliggjandi einkenna. Hvað varðar þennan váttryggingarsamning, skal aðeins leggja fram bótakröfu ef heila-og mænusigg veldur taugafraðilegum einkennum sem valda varanlegri óafturkræfri vanhæfni váttryggða til að:

- hreyfa sig innandyrá frá einu herbergi til annars á sléttu gólfí eða.*
- meta sig sjálf/ur þegar matur hefur verið Eldaður og lagður fyrir viðkomandi.*

Váttryggður atburður telst kominn fram þegar sjúkdómur hefur verið greindur án vafa samkvæmt taugafraðilegri þróun og vanhæfni varir í að minnsta kost þrjá mánuði án hlés. Fyrstu einkenni sjúkdómsins og tilkoma óljósra taugafraðilegra greininga eru ekki talin váttryggingararburður. Réttur til greiðslu váttryggingarbóta myndast þegar borist hefur staðfest greining sjúkdómsins frá sérfræðingi í taugasjúkdómum eða sérfræðideild í taugasjúkdómum.

2.8 Lömun

(Pvertlömun-algjör lömun tveggja útlima og fjörlömun-lömun allra fjögurra útlima) Algjör og viðvarandi lömun beggja fótleggja eða beggja handleggja eða bæði handleggja og fótleggja ásamt viðvarandi skemmdum á mænu, sem eru viðvarandi í það minnsta í þrjá mánuði. Lömun eins útlims, hluta lömun, einlömun og tímabundin lömun eru ekki bótaskýldir sjúkdómar. Réttur til greiðslu váttryggingarbóta fæst með staðfestri greiningu frá taugasérfræðingi eða taugadeild sjúkrahúss.

2.9 Blinda

Alger óafturkræfur missir sjónar á báðum augum vegna bráðs sjúkdóms eða slyss. Aðeins er um að ræða algjöran missir sjónar á báðum augum að uppfylltum neðangreindum ákvæðum:

- Þegar sjónsvið er takmarkað við 20° eða minna á báðum augum.*
- Þegar sjón mælist 3/60 eða verri samkvæmt t.d. Snellen tegund prófa.*

Blindan verður að vera staðfest með niðurstöðum mælinga hjá augnlækni. Slysi í skilningi ákvæðanna er líkamsskaði, sem hefur orðið vegna óvænts, skyndilegs og einstaks alvarlegs atburðar, nema þegar orsökina má rekja til tilraunar til sjálfsvigs eða sjálfsskaða. Þegar um er að ræða blindu á öðru auga, verður bótafjárhæð 10% af váttryggingarférhæðinni.Váttryggingararburður er talinn hafa átt sér stað þremur mánuðum eftir að varanleg blinda kemur fram, talið frá þeim degi þegar greining sérfræðilæknis liggur fyrir. Réttur til váttryggingarbóta myndast við móttöku staðfestrar greiningar frá sérfræðilækni eða sérfræðideild sjúkrahúss.

2.10 Lífsnauðsynleg umönnun

Aðili sem þarfnast lífsnauðsynlegrar umönnunar samkvæmt þessu ákvæði er aðili sem er varanlega hjálparvana eftir að hafa fengið sjúkdóm eða hefur tapað styrk sínum og uppfyllir að minnsta kosti fjögur skilyrði sem talin eru upp hér fyrir neðan (a-e), auk þess að þurfa tæknilega og læknisfræðilega aðstoð að verulegu leyti sem krefst aðstoðar annarrar manneskju.

- | | | |
|----|--|-----------------|
| a) | Hreyfa sig innan herbergis: | 1 umönnunarstig |
| | <i>Jaðmvel þó að sé hreyfihamaði noti göngugrind eða hjólastól, þarf hann samt aðstoð annarrar manneskju til að hreyfa sig um.</i> | |
| b) | Að standa upp og leggjast niður: | 1 umönnunarstig |
| | <i>þarf aðstoð annarrar manneskju við fara úr rúmi og að leggjast niður.</i> | |
| c) | Að klæðast og afklæðast: | 1 umönnunarstig |
| | <i>þarf aðstoð annarrar manneskju til að klæðast og afklæðast, að fara í föt og háttá sig.</i> | |
| d) | Hreinlæti: | 1 umönnunarstig |
| | <i>þarf aðstoð annarrar manneskju við að þvo sér, greiða sér eða raka sig þar sem váttryggði getur ekki lengur gert þessar hreyfingar.</i> | |

- | | | |
|----|--|-----------------|
| e) | Uppfylla þarfir: | 1 umönnunarstig |
| | <i>þarf aðstoð annarrar manneskju vegna þess að váttryggði getur ekki:</i> | |
| | <i>a) þrifið sig eftir að hafa hægðir, eða</i> | |
| | <i>b) hann/hún þarf að nota bekken, eða</i> | |
| | <i>c) aðeins er hægt að tæma ristil og blöðru með aðstoð annarra.</i> | |

2.11 HIV smit vegna áhættustarfa

Váttryggður verður að hafa komist í snertingu við staðfest HIV smit þegar hann/hún var að sinna venjubundnum störfum sínum og var að aðstoða við sprautur eða skurði. Til að hægt sé að staðfesta að váttryggingararburður hafi átt sér stað þurfa eftirtalin skilyrði að vera fyrir hendi auk annarra skilyrða í þessum skilmálum:

- Váttryggður verður að fara í blóðprufu sem staðfestir HIV mótefni innan 24 stunda frá atvikinu.
- Sönnun á að HIV virus eða HIV mótefni sé til staðar þarf að koma fram innan 4 mánaða frá atvikinu með annarri blóðprufu.
- Atvikð verður að vera viðurkennt og hafa verið tilkynnt samkvæmt viðeigandi reglum og leiðbeiningum til að tryggja starfsöryggi og heilsufarslegt öryggi á vinnustaðnum.

Þessar bætur eiga ekki við ef lækning finnst við AIDS eða við áhrifum af HIV virus eða lækniismeðferð verður þróuð sem kemur í veg fyrir AIDS smitun.

2.12 HIV sjking (eða HIV smit) vegna blóðgjafar eða vegna gjafar blóðáfurða

Váttryggður smitast af HIV þegar um það er að ræða:

- a) að sjkingin verður vegna blóðgjafar sem fengin er eftir að þessi váttryggingarvernd tekur gildi.
- b) stofnunin þar sem blóðgjöfin fór fram viðurkennir ábyrgð sína eða það liggur fyrir lokaúrskurður dómstóla sem ekki er hægt að áfyrja um silka ábyrgð og.

c) váttryggði er ekki blæðari.

Þessar bætur eiga ekki við í því tilfalli að lækning við AIDS eða við áhrifum HIV virus hefur fundist eða að lækniismeðferð hefur verið þróuð til að koma í veg fyrir að AIDS smitist. Smit sem verður á einhvern annan hátt, þar með talið smit vegna kynmaka eða notkunar eiturryfja sem sprautað er í æð eru undanskilin. Váttryggjandi verður að hafa opinn aðgang að niðurstöðum allra blóðprufa og að geta sannreynt niðurstöðurnar með sjálfstæðum rannsóknum á silikum blóðprufum.

2.13 Parkinsons veiki

Er hrömunarferli sem ræðst á svæðið neðan heilabarkar og minnkar getu þess til þátttöku í miðlægri stjórnum á hreyfanleika. Það verður að birtast með dægmerðri vanhæfni (minnkaðri hreyfigetu), stíðleika (stífna/trjósá) og ósamhverfum skjálfta (hristingi). Sjúkdómurinn verður að hafa verið greindur ótvírætt og þarf að uppfylla eftirfarandi skilyrði:

- a) Ekki er hægt að stjórna framgangi sjúkdómsins með lyfjum.
- b) Sjúkdómurinn veldur stigvaxandi skerðingu á hreyfigetu.
- c) Sjúkdómurinn verður að valda taugasjúkdómi sem veldur varanlegri og óafturkræfri vanhæfni váttryggða.
- d) Vanhæfi til að hreyfa sig innandyrá frá einu herbergi til annars á sléttu gófi.

Réttur til váttryggingarbóta myndast þegar greining hefur verið staðfest af taugasérfræðingi. Ekki er hægt að leggja staðfestinguna fram fyrr en 12 mánuðum eftir að sjúkdómurinn byrjaði.

2.14 Alheimers sjúkdómur

Er hrömunarsjúkdómur sem leggst á heilann og birtist sem vitglöþ, minnkuð vitræn geta og stigvaxandi versnandi minni. Réttur til bóta myndast með staðfestri greiningu tveggja sérfræðinga þar sem annar er tilnefndur af váttryggða en hinn af váttryggjanda. Greiningin þarf að liggja fyrir eigi síðar en 12 mánuðum eftir að sjúkdómurinn kom fyrst fram.

General Terms and Conditions for the Insurance Product NOVIS Life Savings Plan

the thorax (angioplasty, balloon dilation, laser operation) and the performance of valve operations without the use of prostheses are not critical illnesses. The requirement for an insurance benefit arises after the operation is performed.

2.3 Cancer

Any malignant disease characterized by uncontrolled growth and spread of malignant cells invading tissue of different histological type. The diagnosis must be supported by histological or – in case of systematic cancers – cytological evidence.

For the above definition, the following are not covered:

- Cancer in situ
- Malignant diseases of the skin other than malignant melanoma that has caused invasion beyond the epidermis
- Malignant diseases of the prostate unless having progressed to at least TNM classification T2NOMO
- Any papillary carcinoma of the thyroid unless having progressed to at least TNM classification T2NOMO
- Any Hodgkin’s disease and non-Hodgkin’s disease unless having progressed to at least Ann Arbor classification Stage 2
- Any leukaemia that has not caused anaemia
- Any gastrointestinal stromal tumour unless having progressed to at least TNM classification stage T2NOMO or having a mitotic rate > 5 per 50 hpf
- For the sake of clarification any disease or condition described or classified as any one of the following is not deemed to be cancer for the above definition:
- Pre-malignant
- Non-invasive
- Having borderline malignancy or low malignant potential
- Cervical dysplasia CIN-1, CIN-2 or CIN-3

2.4 Stroke

The stroke must be caused by the cerebral hemorrhage or cerebral infarction as a result of the shut off or rupture of the brain vessel or embolism from other organs. The stroke must lead to an unexpected occurrence of persistent neurological defects. The lasting neurological damage must be objectively determined with neurological findings and a CT examination of the central nervous system, whereby the symptoms of the disability must last for more than 3 months from start of the central brain stroke. The temporary neurological symptomatology (TIA, PRINT) is not a critical illness.

The right to receive the insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by a neurological specialist clinic or a specialist. It can be completed at the earliest six weeks after the stroke.

2.5 Kidney failure

The permanent failure of the function of both kidneys (terminal renal failure), which requires permanent dialysis or a kidney transplant. The insured event occurs only after three months of treatment with an artificial kidney, even if this treatment continues beyond this time. The failure or the removal of one kidney or a compensated failure of the kidneys are not critical illnesses.

The claim for an insurance benefit arises after the performance of the kidney transplant or three months after the start of permanent dialysis treatment.

2.6 Transplantation of organs

Means the human to human organ transplant from a donor to the insured of one or more of the following organs: kidney, liver, heart, lung, pancreas or the transplantation of bone marrow using hematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation. Heart transplant also involves the implantation of an artificial heart. The transplantation of any other organs, parts of organs, tissues or cells is excluded. The indication for the operation must be determined by a specialized medical institution on the territory of the European union or territory agreed upon between insurer and insured party. Any performance of the surgical procedure abroad must be discussed in advance and

approved by the insurer. Failure to comply with this condition will result in the insurer not being obligated to provide the benefit. The right to the insurance benefit arises after the performance of the organ transplantation.

2.7 Multiple Sclerosis

Unequivocal diagnosis of Multiple Sclerosis that is a disease in which there are patches of demyelination in the white matter of the central nervous system, sometimes extending into gray matter. The diagnosis is proved by the corresponding examination technique (computer tomography, tomography with corpuscle division and magnetic resonance), with typical CSF findings (cerebrospinal fluid) and at least two relapses. A relapse is the unexpected appearance of new or early symptoms or corresponding worsening of existing symptoms. In respect of this contract, claims shall only be admitted if Multiple Sclerosis causes neurological deficit resulting in the permanent and irreversible inability of the insured to:

- Move indoors from room to room on level surfaces, or*
- Feed him/herself once food has been prepared and made available.*

The insured event occurs when the disease has been clearly diagnosed by a specialist neurological development and the disability continues for at least three months without interruption. The first acute appearance of this disease and the appearance of an unclear neurological diagnosis are not considered an insured event. The right to receive the insurance benefit arises with a diagnosis confirmed by a neurological clinic or a specialist or a neurologist.

2.8 Paralysis

(Paraplegia – complete paralysis of two extremities and quadriplegia – paralysis of all four extremities)

Total and persistent paralysis of both legs or both hands or both legs and hands with persistent damage to the spinal cord, which lasts at least three months. Paralysis of one extremity, partial paralysis, monoplegia and temporary paralysis are not critical illnesses. The right to receive an insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by a neurological specialist clinic or a neurologist.

2.9 Blindness

A complete and irreversible loss of vision in both eyes due to an acute illness or accident. Complete loss of vision in both eyes in the sense of these provisions only exists:

- When visual field restriction to 20° or less in both eyes,*
- When vision is measured at 3/60 or worse using e.g. Snellen test types .*

The blindness must be confirmed by ophthalmological findings. An accident in the sense of these provisions is physical injury, which was caused by an unexpected, sudden and one-time effect of extreme influences, except that caused by attempted suicide or intentional self-injury. In the case of blindness in one eye, a claim to the insurance benefit arises in the amount of 10% of the insured sum. The insured event occurs after three months of continuous blindness from the day on which the doctor of a specialized medical institution has made the diagnosis. The right to receive the insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by an eye specialist clinic or an ophthalmologist.

2.10 Essential care

A person who requires essential care within the sense of these provisions is a person who following an illness of loss of strength is likely to be permanently helpless so that they meet at least four of the points listed below (a-e) as well as require the use of technical or medical aids to a considerable extent requiring the daily help of another person.

- | | | |
|----|---|--------------|
| a) | Moving around a room: | 1 care point |
| | <i>Even if the disabled person uses a walker or wheelchair, the support of another person is required to move around.</i> | |
| b) | Standing up and lying down: | 1 care point |
| | <i>When getting out of bed or lying down the support of another person is necessary.</i> | |

- | | | |
|----|--|--------------|
| c) | Getting dressed and undressed: | 1 care point |
| | <i>When getting dressed and undressed the patient needs the help of another person to put clothes on and take them off.</i> | |
| d) | Hygiene: | 1 care point |
| | <i>The help of another person is needed when washing, combing or shaving of the insured party because the insured party can no longer perform the necessary movements.</i> | |

- | | | |
|----|--|--------------|
| e) | Taking care of needs: | 1 care point |
| | <i>The help of another person is necessary because the insured party:</i> | |
| | <i>a) Cannot clean up alone after bowel movements, or</i> | |
| | <i>b) He/she needs to use a bedpan, or</i> | |
| | <i>c) The colon and bladder can only be emptied with the help of others.</i> | |

2.11 HIV infection caused by the occupational exposure

The insured party must have come into contact with confirmed HIV-positive materials during the performance of his/her usually professional activities when helping with injections, cuts.

To recognize the insured event the following conditions in addition to the other provisions of these GTCs must also be met:

- a) The insured party must undergo a blood test within 24 hours of the accident that detects the presence of HIV antibodies.
- b) The proof of the existence of HIV virus or HIV antibodies must be provided within 4 months after the accident using another blood test.
- c) The accident must be recognized and reported according to the corresponding occupational regulations and the instructions and guidelines for ensuring occupational safety and health protection in the workplace.

This benefit will not apply in the event that any medical cure is found for AIDS or the effects of the HIV virus or a medical treatment is developed that results in the prevention of the occurrence of AIDS.

2.12 HIV infection (or HIV transmission) caused by the blood transfusion or transfusion of blood products

The insured being infected by HIV provided that:

- a) The infection is due to a blood transfusion received after the start of insurance coverage, and
 - b) The institution which provided the transfusion admits liability or there is a final court verdict that cannot be appealed indicating such liability, and
 - c) The infected insured is not a haemophilic.
- This benefit will not apply in the event that any medical cure is found for AIDS or the effects of the HIV virus or a medical treatment is developed that results in the prevention of the occurrence of AIDS. Infection in any other manner, including infection as a result of sexual activity or intravenous drug use is excluded. The insurer must have open access to all blood samples and be able to obtain independent testing of such blood samples.

2.13 Parkinson’s Disease

Degenerative process, which attacks the subcortical structures participation in the centralized control of motility. It must be expressed by the typical hypokinesia (reduced motility), rigidity (solidification) and asymmetric tremor (shaking). The disease must be unequivocally diagnosed and the following conditions must be fulfilled:

- a) The disease cannot be controlled with medication,
 - b) The disease shows signs of progressive impairment,
 - c) The disease must cause neurological deficit resulting in the permanent and irreversible inability of the Life,
 - d) Insured to move indoors from room to room on level surface.
- The entitlement to a benefit arises with the diagnosis confirmed by a neurologist. This can be made not earlier than twelve months after the onset of the disease.

2.14 Alzheimer’s Disease

Degenerative process that attacks the brain and is manifested by dementia, impaired cognitive function and progressive deterioration of memory. The entitlement to a benefit arises with a diagnosis

tölvupóstur hefur verið endursendur sem ósendanlegur.

- Talið er að skjöl hafi verið send váttryggjanda á þeim degi sem þau eru móttakin af váttryggjanda.

Grein 30

Meðferð kvartana

- Allir viðskiptavinir, væntanlegir viðskiptavinir eða fulltrúar þeirra sem hafa til þess bært umboð eiga rétt á að leggja fram kæru/kvörtun („kærandi“).
- Talið er að kæra hafi verið lögð fram ef hún er lögð fram af kæranda þar sem hann lýsir því að hann sé ósáttur við nákvæmni og gæði þeirrar þjónustu sem váttryggjandi veitir. Innlög kvörtunar er ekki talin vera kæra ef innihaldið er um áverka, yfirýsingu, sköðun, beiðni, frumkvæði eða tillögu.
- Leggja má fram kæruna skriflega með því að senda hana til höfuðstöðva váttryggjanda, í gegnum dreifingaradila, viðskiptafélaga eða með tölvupósti á fyrirspurnir@novis.eu
- Það verður að vera skýrt í kærinni hver það er sem leggur fram kæruna og yfir hverju sé kvartað. Tími til afgreiðslu kærunnar er takmarkaður við 30 daga frá þeim degi þegar kvörtunin er afhent váttryggjanda, en í rökstuddum tilvikum, sérstaklega ef lausn málsins byggist á yfirýsingu þriðja aðila, þá er hægt að lengja tímann að hámarki upp í 60 daga frá móttöku kærunnar.Ástæða fyrir framlengingu frestsins verður tilkynnt til kæranda.
- Frekari upplýsingar varðandi kærumeðferð má finna á vefsíðu váttryggjanda.
- Ef kærandi er ósáttur með úrlausn váttryggjanda um bótaskyldu, hefur kærandi rétt til að skjóta máli sínu til Úrskurðamefndar í váttryggingarmálum sem er vistuð hjá Seðlabanka Íslands, Kalkofnsvegi 1, 101 Reykjavík og leggja þar fram skriflegt mállskot.

Grein 31

Lokaákvæði

- Váttryggjandi, eins og skilgreint er í reglugerð Evrópusambandsins og ráðsins nr. 2016/679 frá 27. apríl 2016, hefur stöðu ábyrgðaraðila, sem vinnur með persónuupplýsingar skráðra einstaklinga (sérstaklega váttryggingartaka, hins váttryggða og réttihafa) sjálfur eða fyrir milligöngu umboðsmanna.
 - Váttryggingartaki og hinn váttryggði meðtaka að framlagning persónuupplýsinga til váttryggjanda er alltaf gerð af sjálfsdáðum en séu þær ekki lagðar fram, leiðir það til þess að ekki er hægt að uppfylla allar samningsskyldur. Váttryggingartaki staðfestir að leggi hann fram persónuupplýsingar um aðra, þá hefur hann gert það með samþykki þeirra.
 - Skráðir einstaklingar eru skyldugir til þess að útvega váttryggjanda, jafnvel án samþykkis, símanúmer, fæxíúmer eða tölvupóst tengiliðar, ef þeir hafa slík, skjöl og gögn sem sýna fram á getu viðskiptavinar til að efna váttryggingarsamning, til að ákvarða skylduna til að greiða váttryggingabætur, ákvarða skyldur váttryggingarsamnings, heimild til að koma fram fyrir hönd annars ef umboðsmaður, uppfyllingu annarra skyldna og skilyrða til að gera váttryggingarsamning og veita upplýsingar um heilsufarsástand innan þeirra marka sem nauðsynlegt er til að áhættumeta fullgerðan váttryggingarsamning. Þeir eru ennfremur skyldugir, ef um er að ræða persónu, að veita upplýsingar um skírnarnafn, eftirnafn, fæðingardag, níksifang, tegund og númer persónuskilríkja að innifalinni þeirri persónu sem kemur fram fyrir lögpersónu; í tilfelli einstaklingsrekstrar, hver er einstaklingurinn, skírnarnafn, eftirnafn, staðsetning rekstrar, níksifang, eðli rekstrar og tilvist opinberrar skráningar þar sem reksturinn er skráður sem og skráningarnúmer. Að auki er skylda, ef um lögpersónu er að ræða, að gefa upplýsingar um nafn, skráningarnúmer, eðli rekstrar og athafna, heimilisfang og heimilisfang útbúa eða annarra staða þar sem er starfsemi og nöfn lögbundinna forsvarsmanna lögpersónunnar; og aðrar upplýsingar innan marka þessarar (c) greinar, tilvist opinberrar skráningar og efni þeirrar skráningar þar sem hún er, ásamt skráningarnúmeri

hennar.

- Váttryggjandi hefur rétt á að fá í ljósríti, skönnun eða annarri eftirprentun, persónulegar upplýsingar úr persónuskilríkjum í heild sinni.
 - Váttryggjandi vinnur persónuupplýsingar til að auðkenna viðskiptavini og þeirra fulltrúa og varðveita slíka auðkenningu til að ganga frá váttryggingarsamning og reka umsýslu hans, til að afgreiða tjónakröfur, til að vernda og sækja réttindi váttryggjanda og til að skrá réttléga umsýslu hans.
 - Váttryggjandi skal birta lista af samstarfsaðilum sínum, sem fá afhendar eða útvega persónuupplýsingar sem til staðar eru, til að hann geti uppfyllt samningsskyldur sínar eða varðveitt lögbundin réttindi sín, á heimasíðu sinni.
 - Í því tilfelli sem persónuupplýsingar eru unnar samkvæmt samþykki skráðs einstaklings, getur hann afturkallað samþykki sitt hvenær sem er. Váttryggjandi meðtekur öll form slíkrar afturköllunar ef auðkenning viðskiptavinar er skýr.
- Samningsaðilar geta komist að samkomulagi um breytingar á sameiginlegum réttindum og skyldum sem víkja frá þessum váttryggingarskilmálum, nema lög eða ákvæði þessara váttryggingarskilmála banni það sérstaklega.
 - Váttryggingarsamningurinn fellur undir íslensk lög.
 - Skattaskyldur vegna váttryggingarsamningsins fara eftir viðeigandi lagasetningum um tekjuskatt. Þessi lög tilgreina sérstaklega hvaða váttryggingabætur eru undanþegnar tekjuskatti, auk þess hvað er frádráttarþægt og eftir því sem við á aðra skatta sem gilda um váttryggingar.

Þessir skilmálar NOVIS Life Savings Plan taka gildi 01.03.2023.

person. The conditions for payment of the lifelong pension are agreed in the form of an amendment to the insurance contract. Special insurance conditions apply to the lifelong pension.

Article 29

Notification rules

- If written communication takes place by e-mail in the sense of article 3.3, the e-mail is considered as delivered on the day the e-mail has been sent, except cases when the e-mail was returned as undeliverable.
- Documents sent to the insurer are considered delivered on the day of their receipt by the insurer.

Article 30

Complaint management

- Complaint may be filed by any client, potential client or his/her representative on the basis of power of attorney (“the complainant”).
- A complaint is considered filed if it is made by the complainant where he expresses his disagreement with the accuracy and quality of services provided by the insurer. Filing is not considered a complaint if it has a character of inquiry, statement, opinion, request, initiative or suggestion.
- The complaint may be submitted in writing to the address of the insurer’s headquarter, through the distribution partner or via email: fyrirspurnir@novis.eu.
- From the complaint it must be clear who filed the complaint and the matters concerned. The period for handling the complaint is limited to 30 days from the date of its delivery to the insurer; in justified cases, especially if the solution depends on the statements of a third party the period for handling the complaint can be extended to the maximum of 60 days from the date of receipt of the complaint, the reasons for the extension of the deadline will be communicated to the complainant.
- Further information about complaint management can be found on the website of the insurer.
- If the complainant is unsatisfied with a solution of the insurer concerning its liability, the complainant has the right to contact the The Insurance Complaints Committee of The Central Bank of Iceland, at Kalkofnsvegur 1, 101 Reykjavík by submitting a written or electronic complaint or initiative.

Article 31

Final provisions

- The Insurer, as derived from the Regulation of the European Parliament and the Council of European Union 2016/679 from 27 April 2016, has the status of the Controller, which processes personal data of data subjects (particularly the policyholder, the insured, the entitled person) itself or through intermediaries.
 - The policyholder and the insured persons note that providing personal data to the Insurer is always voluntary, but in case of failure to provide it, it is not possible to fulfill all contractual obligations. The policyholder confirms that when he or she has disclosed personal data to the Insurer about others, he or she has done so based on their consent.
 - Data subjects are obliged to provide the Insurer even without a consent a contact telephone number, fax number and e-mail address if they have them, documents and data demonstrating the client’s ability to fulfill insurance contract obligations, to determine the extent of the obligation to provide insurance benefit, required provision of insurance obligation, authorization to represent, if it is a representative, fulfillment of other requirements and conditions for the conclusion of an insurance contract and the information about the health condition within the range necessary to assess the risk at the conclusion of the insurance contract. Furthermore, they are obliged, if it is a natural person, to provide data in the range of name, surname, permanent residence, temporary residence if they have it, birth identification number, date of birth, nationality, type and

number of the identity document including the natural person through whom the legal entity acts; in case of a natural person, who is an entrepreneur, name, surname, place of business, nationality, subject of business and denotation of the official register or other official records in which this entrepreneur is registered and the number of the entry in that register or record. In addition, they are obliged, if it is a legal entity, to provide data in the range of name, company registration number if any is assigned, address, the scope of business or any other activity, location of the business or branch offices and a different address of its operation and a list of persons forming the statutory body of the legal entity; and the information about it within the scope of this point (c), the denotation of the official register or other official records in which the legal entity is registered and the number of the entry in that register or record.

- The Insurer shall be entitled to obtain, by copying, scanning or otherwise recording, personal data from the identity document in its entirety as captured.
 - The Insurer processes personal data to identify clients and their representatives and to retain the possibility of subsequent verification of such identification, for concluding insurance contracts and administering insurance, for administering claims by the Insurer, for protecting and claiming the rights of the Insurer, for documenting Insurer’s activity.
 - The Insurer shall publish a list of categories of its contractual partners to whom it provides or accesses personal data available for fulfilling contractual relationships or its legitimate interests on its website.
 - In case personal data are processed under consent, it may be revoked at any time. The Insurer accepts in case of revocation all forms of communication if the client is unambiguously identified.
- The contracting parties can agree upon amendment of mutual rights and obligations deviating from these GTCs, unless the law or provisions of these GTCs explicitly prohibit them.
 - The contractual law of Iceland applies to the insurance contract.
 - The tax obligations relating to the insurance contract are governed by relevant legislation on Income Tax. This law specifies which insurance benefits are exempt from income tax, as well as deductibles, respectively other tax issues relating to insurance.

These GTCs for NOVIS Life Savings Plan come into force on 01.03.2023.

Mánaðarlegt iðgjald fyrir hverja 10.000 EUR í váttryggingarfjárhæð vegna andláts
(aldur í dálkum eiga við raunaldur váttryggðs einstaklings)

Aldur	Í €
0 - 18	0,50
19	0,50
20	0,50
21	0,50
22	0,50
23	0,50
24	0,50
25	0,50
26	0,50
27	0,50
28	0,50
29	0,50
30	0,50
31	0,52
32	0,54
33	0,56
34	0,60
35	0,63
36	0,68
37	0,73
38	0,80
39	0,87
40	0,97
41	1,07
42	1,20
43	1,36
44	1,53
45	1,74
46	1,96
47	2,19
48	2,42
49	2,66
50	2,92
51	3,20
52	3,52
53	3,87
54	4,25
55	4,67
56	5,13
57	5,62
58	6,16
59	6,75
60	7,41
61	8,18
62	9,10
63	10,22
64	11,59
65	12,66
66	13,85
67	15,21
68	16,81
69	18,57
70	20,50

Mánaðarlegt iðgjald fyrir hverja 10.000 EUR í váttryggingarfjárhæð vegna varanlegrar örorku
(aldur í dálkum eiga við raunaldur váttryggðs einstaklings)

Aldur	Í €
0 - 18	1,25
19	1,20
20	1,31
21	1,43
22	1,51
23	1,56
24	1,60
25	1,65
26	1,71
27	1,76
28	1,82
29	1,92
30	2,03
31	2,14
32	2,29
33	2,48
34	2,65
35	2,80
36	2,93
37	3,07
38	3,21
39	3,37
40	3,55
41	3,76
42	4,03
43	4,37
44	4,78
45	5,31
46	5,97
47	6,80
48	7,83
49	9,11
50	10,67
51	12,55
52	14,78
53	17,39
54	20,41
55	23,85
56	27,76
57	32,13
58	37,04
59	42,53
60	49,89
61	57,56
62	65,27
63	73,87
64	83,50
65	94,39
66	106,69
67	120,60
68	136,32
69	154,09
70	174,18

Mánaðarlegt iðgjald fyrir hverja 10.000 EUR í váttryggingarfjárhæð vegna alvarlegra sjúkdóma
(aldur í dálkum eiga við raunaldur váttryggðs einstaklings)

Aldur	Í €
0 - 18	0,52
19	0,52
20	0,52
21	0,59
22	0,63
23	0,68
24	0,74
25	0,79
26	0,85
27	0,91
28	1,01
29	1,09
30	1,19
31	1,30
32	1,39
33	1,55
34	1,74
35	1,92
36	2,12
37	2,33
38	2,62
39	2,93
40	3,24
41	3,56
42	3,92
43	4,28
44	4,68
45	5,14
46	5,61
47	6,08
48	6,79
49	7,53
50	8,24
51	8,97
52	9,77
53	10,82
54	11,81
55	12,84
56	13,97
57	15,09
58	16,41
59	17,80
60	19,14
61	20,94
62	22,72
63	24,99
64	27,24
65	29,21
66	31,33
67	33,37
68	35,24
69	37,06
70	38,82

Monthly fee for each 10.000 € of sum insured for death
(the age in the table below refers to the actual age of the insured person)

Age	In €
0 - 18	0,50
19	0,50
20	0,50
21	0,50
22	0,50
23	0,50
24	0,50
25	0,50
26	0,50
27	0,50
28	0,50
29	0,50
30	0,50
31	0,52
32	0,54
33	0,56
34	0,60
35	0,63
36	0,68
37	0,73
38	0,80
39	0,87
40	0,97
41	1,07
42	1,20
43	1,36
44	1,53
45	1,74
46	1,96
47	2,19
48	2,42
49	2,66
50	2,92
51	3,20
52	3,52
53	3,87
54	4,25
55	4,67
56	5,13
57	5,62
58	6,16
59	6,75
60	7,41
61	8,18
62	9,10
63	10,22
64	11,59
65	12,66
66	13,85
67	15,21
68	16,81
69	18,57
70	20,50

Monthly fee for each 10.000 € of sum insured for permanent disability
(the age in the table below refers to the actual age of the insured person)

Age	In €
0 - 18	1,25
19	1,20
20	1,31
21	1,43
22	1,51
23	1,56
24	1,60
25	1,65
26	1,71
27	1,76
28	1,82
29	1,92
30	2,03
31	2,14
32	2,29
33	2,48
34	2,65
35	2,80
36	2,93
37	3,07
38	3,21
39	3,37
40	3,55
41	3,76
42	4,03
43	4,37
44	4,78
45	5,31
46	5,97
47	6,80
48	7,83
49	9,11
50	10,67
51	12,55
52	14,78
53	17,39
54	20,41
55	23,85
56	27,76
57	32,13
58	37,04
59	42,53
60	49,89
61	57,56
62	65,27
63	73,87
64	83,50
65	94,39
66	106,69
67	120,60
68	136,32
69	154,09
70	174,18

Monthly fee for each 10.000 € of sum insured for critical illness
(the age in the table below refers to the actual age of the insured person)

Age	In €
0 - 18	0,52
19	0,52
20	0,52
21	0,59
22	0,63
23	0,68
24	0,74
25	0,79
26	0,85
27	0,91
28	1,01
29	1,09
30	1,19
31	1,30
32	1,39
33	1,55
34	1,74
35	1,92
36	2,12
37	2,33
38	2,62
39	2,93
40	3,24
41	3,56
42	3,92
43	4,28
44	4,68
45	5,14
46	5,61
47	6,08
48	6,79
49	7,53
50	8,24
51	8,97
52	9,77
53	10,82
54	11,81
55	12,84
56	13,97
57	15,09
58	16,41
59	17,80
60	19,14
61	20,94
62	22,72
63	24,99
64	27,24
65	29,21
66	31,33
67	33,37
68	35,24
69	37,06
70	38,82

Verðskrá vegna váttryggingarverndar

Aldur	Í €
71	22,63
72	25,01
73	27,77
74	30,89
75	34,40
76	38,30
77	42,61
78	47,34
79	52,54
80	58,22
81	64,39
82	71,07
83	78,28
84	86,03
85	94,35
86	103,25
87	112,78
88	122,92
89	133,70
90	145,10
91	157,21
92	169,99
93	183,53
94	197,98
95	213,23
96	229,88
97	248,08
98	267,79
99	288,64
100	312,28

* Fyrir aldur yfir 100 ára, þá er iðgjald hið sama og fyrir 100 ára.

Verðskrá vegna gerðar váttryggingarsamnings og umsýslu

Frádráttur	Upphæð frádráttar
Umsýslugjald	5 € á mánuði
Fjárfestingargjald	0,1% mánaðarlega af inneign af váttryggingarreikningi (ekki af NOVIS tryggðarbónus), minnst 2 €
Vegna gerðar váttryggingarsamnings fyrir samþykkt mánaðarlegt iðgjald, að meðtöldu uppfærslu iðgjalds sbr. gr. 5.5, á fyrstu 60 mánuðum váttryggingar.	35% af mánaðarlegu iðgjaldi
Fyrir gerð váttryggingarsamnings með eingreiðslu	6% af eingreiðslu
Vegna breytinga á hlutfalli í tryggingarsjóðum NOVIS	0 €
Vegna áminninga	0 €
Vegna breytinga váttryggingarsamnings í uppgreiddan samning (undanþága frá greiðslu iðgjalds)	0 €
Vegna uppsagnar að hluta eða öllu leyti eftir 10 ár frá upphafi samnings	0 €
Vegna uppsagnar að hluta eða öllu leyti upp að 10 árum frá upphafi samnings	3% af inneign á tryggingarreikning
Vegna reikningshalds ef váttryggingartaki lífir út samninginn	0 €
Vegna breytinga á upphæð iðgjalds	0 €

Deduction Table for insurance coverage

Age	In €
71	22,63
72	25,01
73	27,77
74	30,89
75	34,40
76	38,30
77	42,61
78	47,34
79	52,54
80	58,22
81	64,39
82	71,07
83	78,28
84	86,03
85	94,35
86	103,25
87	112,78
88	122,92
89	133,70
90	145,10
91	157,21
92	169,99
93	183,53
94	197,98
95	213,23
96	229,88
97	248,08
98	267,79
99	288,64
100	312,28

* For age over 100 years the fee equals to the fee for 100 years.

Deduction Table for conclusion and administration of the insurance contract

Deduction	Deduction Amount
Administrative Fee	5 € p.m.
Investment Fee	monthly 0.1% of the balance of the insurance account (excl. NOVIS Loyalty Bonus), at least 2 €
for conclusion of the insurance contract from the agreed regular monthly premium, including dynamization as per art. 5.5, in following 60 insurace months	35% of the regular monthly premium
for conclusion of the insurance contract from the single premium	6% of the single premium
for changes of the allocation ratio of the NOVIS Insurance Funds	0 €
for reminders	0 €
for the transfer of the insurance into paid-up policy status (exemption from premium payment obligation)	0 €
for partial or full surrender after 10 years starting from the beginning of insurance	0 €
for full surrender up to 10 years starting from the beginning of insurance	3% of the amount of the balance of insurance account
for partial surrender up to 10 years starting from the beginning of insurance	3% of the amount of partial surrender
for the disbursement in the case of survival	0 €
for the change in the amount of the insurance premium	0 €

