

Názov SFA: Brokeria, a.s.

Reg. číslo SFA: 216132

ŽIADOSŤ O ZMENU PZ POISTNÍK/POISTENÝ (NEHODIACE SA PREŠKRTNITE)

Meno Priezvisko RČ

ŽIADOSŤ O ZMENU OSOBNÝCH ÚDAJOV

Nové priezvisko Nový doklad totožnosti - OP/Pas*

Nová adresa - Trvalý pobyt/Korešpondenčná*

Nové kontaktné údaje - E-mail/Telefón*

Iné: *nehodiace sa preškrtnite

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTENIA

Poistná suma

Poistenie pre prípad smrti €

Pripoistenie v dôsledku úrazu ¹ €

Pripoistenie chorôb a operácií ² €

Pripoistenie invalidity €

Pripoistenie oslobodenia od povinnosti platiť poistné €

Nové bežne platené poistné (BPP; platené mesačne) €

V prípade, že zmenou poistenia príde ku zvýšeniu poistného rizika, priložte vyplnený zdravotný dotazník. Kumulatívna poistná suma je minimálne 20 000 €, pričom pre jednotlivé poistné riziká je stanovená poistná suma minimálne vo výške 5 000 €.

INVESTOVANÉ POISTNÉ

Vyplňte požadovanú alokáciu do ponúkaných poistných fondov s prihliadnutím na výsledok posúdenia vhodnosti a primeranosti:

NOVIS Fixed Income Poistný fond %

NOVIS Global Select Poistný fond %

NOVIS Sustainability Poistný fond %

NOVIS Discovery Poistný fond %

NOVIS Sustainability Plus Poistný fond %

SPOLU 100 %

¹ Plnohodnotné poistenie v dôsledku úrazu obsahuje – trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobenú úrazom, rozšírené úrazové krytie - dobu nevyhnutnej liečby a práceneschopnosť v dôsledku úrazu.

² Poistenie chorôb a operácií obsahuje – kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizáciu a práceneschopnosť v dôsledku choroby.

ŽIADOSŤ O ZMENU OPRÁVNENÝCH OSÔB V PRÍPADE SMRTI POISTNÍKA / POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul	Dátum narodenia	Podiel v %
		%
		%
		%
		%
		celkom 100 %

ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU:

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre poistenie smrti najviac 30.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, najvyšší vek pri ukončení zmluvy (premenení zmluvy na dôchodok) 75 rokov, žiadne iné poistené riziká.

Môžete pravdivo skonštatovať nasledovné?

Čestne prehlasujem, že v tomto momente nemám zníženú práceschopnosť a nepoberám ani som nepožiadala/a o poberanie dávok z dôvodu zníženej práceschopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodobej opatery.

Zároveň potvrdzujem, že som nebol hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov a že som sa v období posledných 5 rokov ani neliečil/a a ani neužíval/a

lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb.

Potvrdzujem: že som nemal a ani nemám nasledujúce ochorenia: maligne nádorové ochorenia, ochorenia nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda.

☐ Áno ☐ Nie

Dátum a podpis

Ak je odpoveď na čestné prehlásenie „NIE“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka na tejto strane.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Prosíme vyplňte riadne, pravdivo a úplne odpovede na všetky nižšie uvedené otázky. V opačnom prípade môže byť v budúcnosti znížené alebo odmietnuté poistné plnenie.

Povolanie:

Výška:

Váha:

Fajčenie: ☐ Áno (počet cigariet/cigár za deň)

☐ Nie (za posledných 12 mesiacov som nefajčil/la)

Šport: rekreačne

poloprofesionálne

profesionálne

- | | Áno | Nie | | Áno | Nie |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Máte uzatvorené životné, úrazové, zdravotné alebo iné poistenie v inej poisťovni? Ak áno, uveďte prosím typ a rozsah poistenia, ako aj názov spoločnosti. | ☐ | ☐ | a) kŕčové žily, trombózy a iné. | ☐ | ☐ |
| 2. Zamietla, odložila alebo akceptovala s navýšením v posledných 5 rokoch niektorá poisťovňa Vaše životné, úrazové alebo zdravotné poistenie? Mali ste niekedy stanovenú výšku v niektorej časti poistenia? Ak áno, uveďte prosím typ, rozsah zmluvy ako aj názov spoločnosti a dôvod. | ☐ | ☐ | b) Nervový systém alebo psychika (napr. časté bolesti hlavy, migrény, závraty, záchvatové poruchy, epilepsia, roztrúsená skleróza, ochmutie, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, duševné poruchy, úzkosť, depresia, psychóza, poruchy príjmu potravy a iné). | ☐ | ☐ |
| 3. Ste vystavený/á v práci alebo vo svojom voľnom čase nejakému osobitnému riziku? (napr. nebezpečné a horľavé látky, výkon rizikových športov – parašutizmus, paragliding, let súkromným motorovým lietadlom alebo vzdušným kĺžkom, potápanie, horské športy, bojové umenia, motošporty a iné). Vykonávate iné športové disciplíny pravidelne alebo sa zúčastňujete súťaží? Plánujete pobyt dlhší ako 6 mesiacov v krajinách mimo Európy? Ak áno, prosíme špecifikujte (v prípade potreby Vám bude zaslaný samostatný dotazník). | ☐ | ☐ | c) Krv, lymfatický systém a slezina (napr. anémia, poruchy zrážanlivosti krvi, hemofília, leukémia, zmeny v krvnom obraze, ochorenia sleziny a iné). | ☐ | ☐ |
| 4. Boli ste v posledných 5 rokoch operovaný/á, hospitalizovaný/á alebo liečený/á? Je Vám nejaká operácia, hospitalizácia alebo liečba plánovaná? Ak áno, prosíme špecifikujte kedy a z akého dôvodu. | ☐ | ☐ | d) Dýchací systém (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, tuberkulóza, senná nádcha, chronický zápal priedušiek a iné). | ☐ | ☐ |
| 5. Existujú u Vás chronické ochorenia alebo fyzické/mentálne postihnutie, vrodené chyby, následok chirurgického zákroku, infekcie alebo úrazu? Ak áno, uveďte prosím od kedy, liečbu, komplikácie. | ☐ | ☐ | e) Oči a uši (napr. rozmazané videnie, zhoršenie zraku, očný zákal, slepota, hučanie v ušiach, strata sluchu, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky, uveďte prosím počet dioptrií na každom oku zvlášť. | ☐ | ☐ |
| 6. Užívate alebo ste v posledných 5 rokoch dlhodobo alebo pravidelne užívali lieky z dôvodu zdravotných problémov, bolestí, ochorení alebo úrazov? V uvedenom rozsahu „dlhodobo“ znamená obdobie viac ako 2 týždňov. Ak áno, uveďte prosím názov, dávkovanie lieku a dĺžku užívania. | ☐ | ☐ | f) Pohybový aparát (napr. ochorenia chrbtice, medzistavcových platničiek, kĺbov, svalov, šliach alebo väzov, artróza, skrátenie nohy, absencia končatín. Ortopedické vady obmedzujúce bežné pohyby alebo vyžadujúce trvalé používanie ortopedických pomôcok (napr. invalidný vozík, barle, ortéza, fixátor chrbtice a iné). | ☐ | ☐ |
| 7. Bola Vám niekedy odporúčaná alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo inej závislosti (napr. gamblerstvo a iné)? Ak áno, uveďte prosím kedy, ako dlho, dôvod a druh závislosti. | ☐ | ☐ | g) Gastrointestinálny trakt: pažerák – napr. refluxná choroba, varixy a iné, žalúdok – napr. vredová choroba, gastritída a iné, črevá – napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, vredové ochorenie a iné. | ☐ | ☐ |
| 8. Boli ste poberateľom alebo poberáte invalidný dôchodok? Je u Vás zahájené konanie alebo uvažovali ste o priznaní invalidného dôchodku, prípadne máte zmenenú pracovnú schopnosť? Ak áno, uveďte prosím dôvod, ako dlho. | ☐ | ☐ | h) Obličky, močovo-pohlavný systém alebo prostata (napr. zápal, kamene, cysty, ochorenia prostaty a iné). | ☐ | ☐ |
| 9. Boli ste v posledných 5 rokoch práceneschopný/á dlhšie ako 21 dní alebo ste v súčasnej dobe práceneschopný/á? Ak áno, uveďte prosím kedy, ako dlho a dôvod. | ☐ | ☐ | i) Pečeň, žľazy alebo metabolizmus (napr. cukrovka, zvýšený cholesterol, zvýšené pečeňové testy, DNA, štítina žľaza alebo iné ochorenia žliaz s vnútornou sekréciou) alebo reumatoidné ochorenia. | ☐ | ☐ |
| 10. Ochorenia a choroby uvedené v zátvorkách nie sú konečné a slúžia ako príklady možných chorôb na základe konkrétneho orgánu. Ste alebo boli ste niekedy liečení/á alebo hospitalizovaný/á za posledných 5 rokov pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, respektíve porúch zdravia spozorovali? | ☐ | ☐ | j) Imunitný systém, chronické infekčné alebo vírusové ochorenia (napr. vrodená porucha imunity, hepatitída, tropické choroby, horúčky neznámej príčiny a iné). | ☐ | ☐ |
| a) Srdce, cievny systém alebo krvný obeh (napr. vysoký, kolísavý krvný tlak, poruchy srdcového rytmu, búšenie srdca, srdcový šelest, ischemická choroba srdca, bolesť na prsiach, infarkt myokardu, angina pectoris, | ☐ | ☐ | k) Koža (napr. ekzém, svrbenie, začervenanie, alergia a iné). | ☐ | ☐ |
| | | | l) Gynekologické ochorenia alebo ochorenia prsníkov (napr. cysty, myómy, adenómy, polypy, displázie, poruchy menštruačného cyklu, liečba neplodnosti, cisársky rez, riziková gravidita, mimomaternicové tehotenstvo a iné). | ☐ | ☐ |
| | | | 11. Máte alebo mali ste onkologické či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné aj nezhubné, cysty, myómy a iné)? | ☐ | ☐ |
| | | | 12. Podrobili ste sa rádioterapii, chemoterapii alebo Vám boli zistené nenormálne výsledky špecializovaných vyšetrení (napr. CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, meranie krvného tlaku, laboratórne testy a iné)? Ak áno, uveďte prosím podrobnosti. | ☐ | ☐ |
| | | | 13. Bolo Vám vykonané alebo prebieha vyšetrenie na zistenie HIV/AIDS? Ak áno, uveďte prosím dôvod, od kedy, výsledok, prípadne liečbu. | ☐ | ☐ |

Detailné údaje k otázkam, ktoré boli zodpovedané áno

Druh ochorenia, zmien, ťažkostí

Kedy? Ako dlho?

Meno a adresa lekára/nemocnice

Iné informácie týkajúce sa zdravotného dotazníka:

INÁ ZMENA

Dátum

Podpis poistníka

Podpis poisteného

PODRIADENÝ FINANČNÝ AGENT

Registračné číslo

Meno a priezvisko

Telefon / Mobil

E-mail

Týmto čestne prehlasujem, že som osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poistníka v súlade s §7 a §8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dátum

Podpis podriadeného finančného agenta

DODATOK K VŠEOBECNÝM POISTNÝM PODMIENKAM, KTORÝM SA UPRAVUJE A V PLNOM ROZSAHU NAHRÁDZA BOD 1. ČL. 37 ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA S ÚČINNOSŤOU OD 25.05.2018 NASLEDOVNE:

1. a) Poistiteľ má na základe Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 postavenie prevádzkovateľa, ktorý spracúva osobné údaje dotknutých osôb (najmä poistník, poistený, oprávnená osoba) sám alebo prostredníctvom sprostredkovateľov.
- b) Poistník a poistené osoby berú na vedomie, že poskytovanie osobných údajov poistiteľovi je vždy dobrovoľné, ale v prípade ich neposkytnutia nie je možné uzatvoriť poistnú zmluvu. Poistník potvrdzuje, že ak uviedol Poistiteľovi osobné údaje o iných osobách urobil tak na základe ich súhlasu.
- c) Dotknuté osoby sú povinné poistiteľovi aj bez súhlasu poskytnúť kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a adresu elektronickej pošty, ak ich majú, doklady a údaje preukazujúce schopnosť klienta plniť si záväzky z poistnej zmluvy a na zistenie rozsahu povinnosti poskytnúť poistné plnenie, požadované zabezpečenie záväzkov z poistnej zmluvy, oprávnenie na zastupovanie, ak ide o zástupcu, splnenie ostatných požiadaviek a podmienok na uzavretie poistnej zmluvy a zdravotný stav v rozsahu nevyhnutnom na posúdenie rizika pri uzavretí poistnej zmluvy.
Ďalej sú povinné poskytnúť, ak ide o fyzickú osobu, údaje v rozsahu meno, priezvisko, trvalý pobyt, prechodný pobyt, ak ho majú, rodné číslo, ak je pridelené, dátum narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti a to vrátane fyzickej osoby prostredníctvom ktorej právnická osoba koná, ak ide o fyzickú osobu, ktorá je podnikateľom, meno, priezvisko, adresa miesta podnikania, štátna príslušnosť, predmet podnikania a označenie úradného registra alebo inej úradnej evidencie, v ktorej je zapísaný tento podnikateľ, a číslo zápisu do tohto registra alebo evidencie.
- d) Poistiteľ je oprávnený získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje z dokladu totožnosti v celom rozsahu, ako sú na ňom zachytené.
- e) Poistiteľ spracúva osobné údaje na účely identifikácie klientov a ich zástupcov a zachovania možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, na účely uzavierania poistných zmlúv a správy poistenia, na účely likvidácie poistných udalostí zo strany poistiteľa, na účel ochrany a domáhania sa práv poistiteľa, na účel zdokumentovania činnosti poistiteľa.
- f) Poistiteľ zverejňuje zoznam kategórií zmluvných partnerov, ktorým poskytuje alebo sprístupňuje osobné údaje pre účely plnenia zmluvných vzťahov alebo svojich oprávnených záujmov na svojom webovom sídle.
- g) V prípade, ak sú osobné údaje spracúvané na základe súhlasu, je možné ho kedykoľvek odvolať. Poistiteľ akceptuje pri odvolávaní súhlasu všetky formy komunikácie v prípade, že je klient jednoznačne identifikovaný.

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s týmto Dodatkom k Všeobecným poistným podmienkam a že som ho prevzal/a v písomnej forme.

Dátum podpisu:

Podpis poistníka

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s týmto Dodatkom k Všeobecným poistným podmienkam.

Dátum podpisu:

Podpisy poistených osôb

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Meno poistníka:

Dátum narodenia:

Súhlasím, aby spoločnosť NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., so sídlom Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO: 47 251 301 (ďalej len „Poistiteľ“) sama alebo prostredníctvom svojich zmluvných partnerov, ktorých Poistiteľ zverejňuje na svojom webovom sídle, spracúvala moje osobné údaje v rozsahu poskytnutom v návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy s číslom uvedeným vyššie, pre účely marketingových činností Poistiteľa a to počas trvania tejto poistnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. ☐ Áno ☐ Nie

Svojim podpisom čestne prehlasujem a potvrdzujem, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním dodatku k návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov“ vytvorený spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s.

Dátum a podpis poistníka

Meno poistenej osoby:

Dátum narodenia:

Súhlasím, aby spoločnosť NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., so sídlom Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO: 47 251 301 (ďalej len „Poistiteľ“) sama alebo prostredníctvom svojich zmluvných partnerov, ktorých Poistiteľ zverejňuje na svojom webovom sídle, spracúvala moje osobné údaje v rozsahu poskytnutom v dodatku k poistnej zmluve s číslom uvedeným vyššie, pre účely marketingových činností Poistiteľa a to počas trvania tejto poistnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. ☐ Áno ☐ Nie

Svojim podpisom čestne prehlasujem a potvrdzujem, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním dodatku k návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov“ vytvorený spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s.

Dátum a podpis poistenej osoby

Meno poistenej osoby:

Dátum narodenia:

Súhlasím, aby spoločnosť NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., so sídlom Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO: 47 251 301 (ďalej len „Poistiteľ“) sama alebo prostredníctvom svojich zmluvných partnerov, ktorých Poistiteľ zverejňuje na svojom webovom sídle, spracúvala moje osobné údaje v rozsahu poskytnutom v dodatku k poistnej zmluve s číslom uvedeným vyššie, pre účely marketingových činností Poistiteľa a to počas trvania tejto poistnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. ☐ Áno ☐ Nie

Svojim podpisom čestne prehlasujem a potvrdzujem, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním dodatku k návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov“ vytvorený spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s.

Dátum a podpis poistenej osoby