

Názov SFA:

Reg. číslo SFA:

## 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

Poistenie pre prípad smrti Poistná suma  €

Pripoistenie pre prípad úrazu <sup>1</sup>  €

Pripoistenie pre prípad chorôb a operácií <sup>2</sup>  €

Pripoistenie invalidity <sup>3</sup>  €

Pripoistenie oslobodenia od povinnosti platiť poistné  Áno  Nie

Nové bežne platené poistné (BPP; platené mesačne, min. 30 €)  €

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

Vypĺňte 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 %**

<sup>1</sup> Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu.

<sup>2</sup> Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia v dôsledku ochorenia a/alebo úrazu a pracovná neschopnosť v dôsledku choroby.

<sup>3</sup> Je možné uzavrieť iba od 18 rokov.

## ŽIADOSŤ O ZMENU OPRAVNENÝCH 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.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | a) kŕčové žily, trombózy a iné.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | b) Nervový systém alebo psychika (napr. časté bolesti hlavy, migrény, závraty, záchvatové poruchy, epilepsia, roztrúsená skleróza, ochrnutie, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, duševné poruchy, úzkosť, depresia, psychóza, poruchy príjmu potravy a iné).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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 kĺzkom, 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). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | c) Krv, lymfatický systém a slezina (napr. anémia, poruchy zrážanlivosti krvi, hemofília, leukémia, zmeny v krvnom obraze, ochorenia sleziny a iné).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | d) Dýchací systém (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, tuberkulóza, senná nádcha, chronický zápal priedušiek a iné).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | f) Pohybový aparát (napr. ochorenia chrbtice, medzistavcových platničiek, kĺbov, svalov, šliach alebo väzov, artróza, skrútenie nohy, absencia končatín. Ortopedické vady obmedzujúce bežné pohyby alebo vyžadujúce trvalé používanie ortopedických pomôcok (napr. invalidný vozík, barle, ortéza, fixátor chrbtice a iné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | h) Obličky, močovo-pohlavný systém alebo prostata (napr. zápaly, kamene, cysty, ochorenia prostaty a iné).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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 liečený/á alebo hospitalizovaný/á za posledných 5 rokov pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, respektíve porúch zdravia spozorovali?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | j) Imunitný systém, chronické infekčné alebo vírusové ochorenia (napr. vrodená porucha imunity, hepatitída, tropické choroby, horúčky neznámej príčiny a iné).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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,  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | k) Koža (napr. ekzém, svrbenie, začervenanie, alergia a iné).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|   |                       |                       | 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).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|   |                       |                       | 11. Máte alebo mali ste onkologické či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné aj nezhubné, cysty, myómy a iné)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|   |                       |                       | 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.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|   |                       |                       | 13. Bolo Vám vykonané alebo prebieha vyšetrenie na zistenie HIV/AIDS? Ak áno, uveďte prosím dôvod, od kedy, výsledok, prípadne liečbu.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Detailné údaje k otázkam, ktoré boli zodpovedané áno**

Druh ochorenia, zmien, ťažkostí

Kedy? Ako dlho?

Meno a adresa lekára/nemocnice

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

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

