

# BEST VALUE

powered by



**BROKERIA**  
the best way for you

**NÁVRH NA UZAVRETIE  
POISTNEJ ZMLUVY  
(PRÁVNICKÁ OSOBA)**

Názov SFA **Brokeria, a.s.**

Meno PFA

Reg. číslo SFA **216132**

Telefón/Mobil PFA

Reg. číslo PFA

Režim zmluvy

E-mail PFA

## POISTNÍK

Názov

Sídlo (ulica, číslo, PSČ, obec)

Korešpondenčná adresa

Právna forma

IČO

Označenie úradného registra

IBAN

Číslo zápisu v registri

E-Mail

Telefón / Mobil

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

## OSOBA OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE POISTNÍKA

1. Meno a Priezvisko

Štátna príslušnosť

Rodné číslo (ak nebolo pridelené,  
uved'te dátum narodenia)

Funkcia

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

2. Meno a Priezvisko

Štátna príslušnosť

Rodné číslo (ak nebolo pridelené,  
uved'te dátum narodenia)

Funkcia

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

## POISTENÁ OSOBA

Titul

Dátum narodenia

Meno

Rodné číslo

Priezvisko

Štátna príslušnosť

Ulica, číslo

Miesto narodenia

PSČ

Telefón / Mobil

Obec

E-Mail

Korešpondenčná adresa

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

## ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (SPLNOMOCNENÁ OSOBA POISTENEJ OSOBY)

1. Meno a Priezvisko

Vzťah k poistenej osobe

Rodné číslo (ak nebolo pridelené,  
uved'te dátum narodenia)

Štátna príslušnosť

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

**ZAČIATOK POISTENIA A POISTNÉ**

Technický začiatok

01. . . . . 20. . . . .

Bežne platené poistné  
(min. 30 € mesačne)mesačne    €**POISTNÁ DOBA**

Prosím vyberte jednu z možností doby trvania poistenia:

- Doba neurčitá (NOVIS vernostný bonus 3 000 €, podmienky vyplatenia nájdete v čl. 10 a čl. 12 VPP)
- Doba určitá: do dovŕšenia veku \_\_\_\_\_ rokov poistenej osoby alebo na dobu \_\_\_\_\_ rokov.
- Doba určitá musí byť najmenej 20 rokov a najviac do veku 64 rokov. NOVIS vernostný bonus pri dohodnutom trvaní menej ako 30 rokov 1 000 €, pri dohodnutom trvaní od 30 do 39 rokov 2 000 € a pri dohodnutom trvaní 40 a viac rokov 3 000 €. Podmienky vyplatenia nájdete v čl. 10 a čl. 12 VPP.

**ŽELANÉ POISTENIE A PRIPOISTENIA**

Minimálna poistná suma pre jedno poistenie/pripoistenie je 5.000 €.  
Minimálna kumulatívna poistná suma celej poistnej zmluvy je 20.000 €.

Poistenie pre prípad smrti    0  0  0 €Pripoistenie pre prípad úrazu<sup>1</sup>    0  0  0 €Pripoistenie pre prípad chorôb a operácií<sup>2</sup>    0  0  0 €Pripoistenie invalidity<sup>3</sup>    0  0  0 €Pripoistenie oslobodenia od povinnosti platiť poistné<sup>3</sup>    €<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.**ALOKAČNÝ POMER**

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 1 0 0 %

**SPÔSOB PLATBY POISTNÉHO**

- SEPA inkaso  Trvalý príkaz  Bankový prevod  Vklad v hotovosti na účet  Poštová poukážka

**OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTENEJ OSOBY**

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

**ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU POISTENEJ OSOBY:**

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre poistenie smrti najviac 30.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, žiadne pripoistenia.

**Odpovedzte prosím pravdivo na nasledujúce otázky:**

1. Máte momentálne zníženú pracovnú schopnosť, poberáte alebo ste požiadali o poberanie dávok z dôvodu zníženej pracovnej schopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodobej opatery?  Áno  Nie
2. Boli ste hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov?  Áno  Nie
3. Liečili ste sa v období posledných 5 rokov alebo užívali ste lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb?  Áno  Nie
4. Mali ste alebo máte nejaké z nasledujúcich ochorení: malígne nádorové ochorenie, ochorenie nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda?  Áno  Nie

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poistenej osoby \_\_\_\_\_

Ak je odpoveď aspoň na jednu z uvedených otázok „ÁNO“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka priloženého k tomuto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy.

**DOHODA O ELEKTRONICKEJ KOMUNIKÁCI**

Mám záujem uzatvoriť dohodu o elektronickej komunikácii so spoločnosťou NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (ďalej len „poistiteľ“). Na základe tejto dohody môže poistiteľ všetku korešpondenciu týkajúcu sa tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy ako aj poistnej zmluvy, ktorá bude prostredníctvom tohto návrhu uzavretá zasielať na moju vyššie uvedenú e-mailovú adresu. Zároveň sa zaväzujem poistiteľovi nahlásiť každú zmenu mojej e-mailovej adresy. Ak zmenu neoznámim, beriem na vedomie, že poistiteľ nezodpovedá za žiadnu ujmu, ktorá mi v tejto súvislosti vznikne; zároveň sa neoznámenie zmeny môže považovať za zmarenie možnosti poistiteľa doručiť mi korešpondenciu týkajúcu sa mojej

poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že túto dohodu môžem ja alebo poistiteľ kedykoľvek odvolať s okamžitou účinnosťou odo dňa doručenia odvolania súhlasu mne / poistiteľovi alebo neskôr v zmysle príslušnej žiadosti.

Poistiteľ sa na základe tejto dohody zaväzuje prijímať korešpondenciu odo mňa týkajúcu sa mojej poistnej zmluvy na emailovej adrese spravazmluv@novis.eu. Poistiteľ sa zaväzuje nahlásiť akúkoľvek zmenu svojej emailovej adresy. Neoznámenie takejto zmeny má rovnaké následky ako neoznámenie zmeny e-mailovej adresy z mojej strany.

Poistník  Áno  Nie

## VYHLÁSENIA POISTNÍKA, POISTENEJ OSOBY A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poisťnými podmienkami GTC-10200927 poisťiteľa (ďalej len „VPP“), ktorých neoddeliteľnou súčasťou sú aj sadzovník zrážok za náklady v súvislosti s poisťnou zmluvou, sadzovník pre poisťné riziká a oceňovacie tabuľky a že som ich prevzal/a v písomnej forme.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

Poistená osoba  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a so **štatútnymi vlastnými fondov poisťiteľa** a prevzal/a ich v písomnej forme.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a s **modeláciou poistenia** vytvorenou v súlade s týmto návrhom na uzavretie poisťnej zmluvy a že som ju prevzal/a v písomnej forme.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s **Dokumentmi s kľúčovými informáciami (KID)** vytvorenými poisťiteľom.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a s dokumentom „**Informačný formulár k poisteniu s odkupnou hodnotou, ktoré je spojené s investičnými fondmi**“ vytvoreným v súlade s týmto návrhom na uzavretie poisťnej zmluvy a že som ho prevzal/a v písomnej forme.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s **predzmluvným dokumentom obsahujúcim informácie o trvalej udržateľnosti vrátane príloh o environmentálnych a/alebo sociálnych vlastnostiach produktu a udržateľnom investičnom ciele**.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „**Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov**“ vytvoreným poisťiteľom.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

Poistená osoba  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a s dokumentom „**Popis fungovania poisťného účtu**“ vytvoreným poisťiteľom a prevzal/a ho v písomnej forme.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že som bol poučený/á o **rizikách spojených s investovaním** v súvislosti s týmto produktom, a to najmä, že doterajšie výnosy nie sú určujúcim faktorom budúcich výnosov. Tento produkt predstavuje investíciu dlhodobého charakteru a výška odkupnej hodnoty najmä pri predčasnom zániku poistenia môže byť výrazne nižšia ako hodnota poisťníkom zaplateného poisťného.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Spnomocňujem** poisťiteľa, aby podľa potreby **preveroval môj zdravotný stav**

u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil/a, liečim sa a budem sa liečiť. Takisto splnomocňujem poisťiteľa k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom uzatvorenia a zmien poisťnej zmluvy a pre vybavenie poisťných udalostí i na dobu po mojej smrti vo vzťahu k mojim lekárom, zdravotníckym zariadeniam a zdravotnej poisťovni. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi všetkých lekárov a zdravotníckych zariadení, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval/a svoj zdravotný stav. V prípade potreby sa zaväzujem na žiadosť poisťiteľa vystaviť poisťiteľovi osobitné plnomocenstvo v potrebnom rozsahu. **Beriem na vedomie, že ak plnomocenstvo neudelím alebo ho zruším, a táto skutočnosť bude mať vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poisťiteľa plniť, poisťiteľ si vyhradzuje právo neplniť, kým nebude udelené plnomocenstvo, ktoré poisťiteľovi umožní preskúmanie zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy.**

Poistená osoba  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že nie som **osobou s osobitným vzťahom k poisťiteľovi**. Beriem na vedomie, že som povinný/á poskytnúť poisťiteľovi pravdivé informácie. Poskytnutie nepravdivých informácií má za následok neplatnosť uzavretia poisťnej zmluvy.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

**Vyhlasujem**, že uzavretie poisťnej zmluvy vykonávam vo vlastnom mene, na vlastný účet a **finančné prostriedky použité na platenie poisťného sú v mojom vlastníctve**, ak použijem na platenie poisťného finančné prostriedky vo vlastníctve inej osoby, zaväzujem sa bezodkladne písomne oznámiť poisťiteľovi túto skutočnosť vrátane identifikačných údajov tejto osoby.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

V prípade odpovede „nie“ je potrebné vyplniť samostatné Čestné vyhlásenie o konaní a vlastníctve finančných prostriedkov.

**Vyhlasujem**, že nie som **politicky exponovanou osobou** v zmysle platných právnych predpisov v oblasti ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu a zároveň sa zaväzujem, že ak sa v priebehu trvania zmluvného vzťahu s poisťiteľom takouto osobou stanem, oznámim túto skutočnosť bez zbytočného odkladu poisťiteľovi a vyplním Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

Poistená osoba  **Áno**  **Nie**

V prípade odpovede „nie“ je potrebné vyplniť samostatné Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

**Vyhlasujem**, že **nie som daňovým rezidentom USA**, nie som občanom USA a ani moje miesto narodenia nie je v USA.

Poisťník  **Áno**  **Nie**

Poistená osoba  **Áno**  **Nie**

**Po uzavretí poisťnej zmluvy sú poisťník a poistená osoba povinní oznámiť poisťiteľovi akékoľvek zmeny údajov uvedených v návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy alebo vo vyhláseniach poisťníka a poistenej osoby, a to bez zbytočného odkladu.**

Vyznačte alebo uveďte tie dokumenty, ktoré predkladáte poisťiteľovi ako prílohu k tomuto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy:

Počet príloh

Modelácia poistenia

Informačný formulár

Iné

Kópia dokladu totožnosti - zástupca poisťníka

Kópia dokladu totožnosti - poistená osoba

Kópia dokladu totožnosti - zástupca poistenej osoby

Dodatok pre ďalšiu poistenú osobu

AML dotazník

Zdravotný dotazník poisťníka alebo poistenej osoby ak je poisťník právnická osoba

Výpis z registra, v ktorom je poisťník zapísaný

Doklad o zaplatení

Zdravotná dokumentácia

Tento návrh na uzavretie poisťnej zmluvy dáva poisťník a je adresovaný poisťiteľovi. Lehota na prijatie návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy zo strany poisťiteľa je dva mesiace odo dňa doručenia návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy do sídla poisťiteľa. Poisťná zmluva je uzavretá dňom, keď poisťník dostane oznámenie o prijatí svojho návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy. Poisťiteľ vystaví poisťníkovi poisťku ako potvrdenie o uzatvorení poisťnej zmluvy.

Neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy tvoria VPP spolu s oceňovacími tabuľkami (pre chirurgické zákroky v dôsledku choroby, trvalé následky v dôsledku úrazu a rozšírené úrazové krytie - dobu nevyhnutnej liečby), sadzovníkom zrážok za náklady v súvislosti s poisťnou zmluvou, sadzovníkom pre poisťné riziká, štatúty vlastných fondov poisťiteľa a modelácia poistenia v časti modelácie odkupných hodnôt. Tieto dokumenty upravujú všetky náležitosti poisťnej zmluvy, ktoré nie sú upravené v tomto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy alebo v poisťnej zmluve.

**Dokiaľ nebola zmluva uzavretá, môže poisťník návrh odvolať, ak odvolanie dôjde poisťiteľovi skôr, než poisťiteľ odošle prijatie návrhu. Od poisťnej zmluvy môže poisťník odstúpiť v lehote 30 dní od obdržania oznámenia o uzatvorení poisťnej zmluvy aj bez uvedenia dôvodu, pričom odstúpenie musí byť vykonané v písomnej forme. Informáciu o odstúpení je potrebné zaslať e-mailom na [spravazmluv@novis.eu](mailto:spravazmluv@novis.eu) alebo poštou na adresu: Správa poisťných zmlúv SR, NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava.**

Svojím podpisom **potvrdzujem**, že všetky údaje v návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum

Podpis poisťníka

Dátum

Podpis poisťenej osoby

#### SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY - POISŤNÍK

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ spracúval moje údaje v rozsahu názov, e-mail, telefón/mobil, adresa, pre účely marketingových činností poisťiteľa (najmä na uskutočnenie priamej marketingovej komunikácie ako elektronický newsletter, ponuky produktov poisťiteľa, súťaže pre klientov, ankety spokojnosti), a to počas

trvania tejto poisťnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. V prípade neuzavretia poisťnej zmluvy bude tento súhlas platiť po dobu jedného roka od dátumu podpisu tohto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Áno  Nie

Dátum

Podpis poisťníka

#### SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY - POISTENÁ OSOBA

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ spracúval moje osobné údaje v názov, priezvisko, e-mail, telefón/mobil, adresa, pre účely marketingových činností poisťiteľa (najmä na uskutočnenie priamej marketingovej komunikácie ako elektronický newsletter, ponuky produktov poisťiteľa, súťaže pre klientov, ankety spokojnosti), a to počas trvania tejto poisťnej zmluvy a po dobu jedného roka po jej skončení. V prípade neuzavretia poisťnej zmluvy bude tento súhlas platiť po dobu jedného

roka od dátumu podpisu tohto návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Bližšie informácie o ochrane osobných údajov nájdete v dokumente „Informácie pre klienta o ochrane osobných údajov“ alebo na webovom sídle poisťiteľa <https://www.novis.eu/sk/ochrana-osobnych-udajov>.

Áno  Nie

Dátum

Podpis poisťenej osoby

#### IDENTIFIKÁCIA POISŤNÍKA A POISTENEJ OSOBY

Poisťník:

1. osoba oprávnená konať  OP  Cest. pas Číslo dokladu: \_\_\_\_\_

Dátum platnosti:    .    .

2. osoba oprávnená konať  OP  Cest. pas Číslo dokladu: \_\_\_\_\_

Dátum platnosti:    .    .

Poisťená osoba:  OP  Cest. pas Číslo dokladu: \_\_\_\_\_

Dátum platnosti:    .    .

1. zákonný zástupca / splnomocnená osoba  OP  Cest. pas Číslo dokladu: \_\_\_\_\_

Dátum platnosti:    .    .

Finančný agent, ktorý tento návrh na uzavretie poisťnej zmluvy prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poisťníka, poisťenej osoby a ich zástupcov za ich fyzickej prítomnosti v súlade s § 7 a § 8 zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pre financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov najmä, nie však výlučne, že: a) získal údaje o poisťníkovi, o osobách oprávnených konať v mene poisťníka, o poisťenej osobe a o jej zástupcovi a uviedol ich v návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy, b) údaje uvedené v návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy zodpovedajú údajom uvedeným vo výpise z úradného registra alebo úradnej evidencie, v ktorej je poisťník zapísaný a údajom uvedeným v predložených dokladoch totožnosti a c) overil súlad pôdôb osôb oprávnených konať v mene poisťníka, poisťenej osoby a jej zástupcu s ich podobou uvedenou v príslušných dokladoch totožnosti.

Dátum

Podpis finančného agenta

## DEFINÍCIA NIEKTORÝCH ZÁKLADNÝCH POJMOV

**Politicky exponovaná osoba (PEP)** je v zmysle zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

- a) fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, ktorou je hlava štátu, predseda vlády, podpredseda vlády, minister, vedúci ústredného orgánu štátnej správy, štátny tajomník alebo obdobný zástupca ministra, poslanec zákonodarného zboru, sudca najvyššieho súdu, sudca ústavného súdu alebo iných súdnych orgánov vyššieho stupňa, proti rozhodnutiu ktorých sa s výnimkou osobitných prípadov už nemožno odvolať, člen dvora audítorov alebo rady centrálnej banky, veľvyslanec, chargé d'affaires, vysoko postavený príslušník ozbrojených síl, ozbrojených zborov alebo ozbrojených bezpečnostných zborov, člen riadiaceho orgánu, dozorného orgánu alebo kontrolného orgánu štátneho podniku alebo obchodnej spoločnosti patriacej do vlastníctva štátu, alebo osoba v inej obdobnej funkcii vykonávanej v inštitúciách Európskej únie alebo v medzinárodných organizáciách, člen štatutárneho orgánu politickej strany alebo politického hnutia;
- b) fyzická osoba, ktorou je manžel, manželka alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako manžel alebo manželka osoby uvedenej v písmene a), dieťa, zať, nevesta osoby uvedenej v písmene a) alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako zať alebo nevesta osoby uvedenej v písmene a), alebo rodič osoby uvedenej v písmene a);
- c) fyzická osoba, o ktorej je známe, že je konečným užívateľom výhod rovnakého klienta alebo inak ovláda rovnakého klienta ako osoba uvedená v písmene a) alebo podniká spolu s osobou uvedenou v písmene a), alebo klienta, ktorý bol zriadený v prospech osoby uvedenej v písmene a).

**Osobami s osobitným vzťahom k poisťiteľovi** sú v zmysle zákona o poisťovníctve:

- a) členovia štatutárneho orgánu poisťovne,
- b) členovia dozornej rady poisťovne,
- c) osoby, ktoré sú zodpovedné za výkon kľúčovej funkcie v poisťovni,
- d) osoby, ktoré majú kontrolu nad poisťovňou a členovia štatutárnych orgánov týchto právnických osôb,
- e) právnické osoby, v ktorých niektoré z osôb uvedených v písmenách a) až d) majú kvalifikovanú účasť,
- f) akcionári, ktorí majú kvalifikovanú účasť na poisťovni a právnická osoba, ktorá je pod ich kontrolou alebo ktorá má nad nimi kontrolu,
- g) právnické osoby pod kontrolou poisťovne,
- h) členovia Bankovej rady Národnej banky Slovenska,
- i) audítori alebo fyzické osoby, ktoré vykonávajú v mene audítorskej spoločnosti audítorskú činnosť v poisťovni,
- j) nútený správca poisťovne, zástupca núteného správcu a pribratý odborný poradca, počas nútenej správy,
- k) osoby, ktoré majú uzavretý právny vzťah s poisťovňou, ktorý môže viesť k vzniku kvalifikovanej účasti na poisťovni.

# Medzinárodná od základu

NOVIS je unikátna poisťovňa postavená na inovatívnom prístupe k návrhu produktov a novom obchodnom modeli.

Náš globálny ekosystém sa kontinuálne rozrastá a produkty NOVIS-u využívajú klienti v jedenástich európskych krajinách.

