

A közvetítő neve

A közvetítő felügyeleti nyilvántartási száma

A MÓDOSÍTÁST BEJELENTŐ SZEMÉLY ADATAI

Titulus Család és utónév

Adószám

A MÓDOSÍTÁST ÉRINTŐ SZEMÉLY ADATAI

Titulus Család és utónév

Adószám

KÉRELEM SZEMÉLYES ADATOK MÓDOSÍTÁSÁRA

Új titulus Új családnév

Új keresztnév

Új személyi igazolvány/útleveél száma

Új állandó lakcím/levelezési cím

Új elérhetőségek e-mail/telefon

Egyéb:

A BIZTOSÍTÁS MÓDOSÍTOTT ADATAI

A biztosítási összeg megemelése, vagy új biztosítási kockázatokkal való kiegészítés esetén szükséges a 2. oldalon található részletes egészségügyi nyilatkozat kitöltése

Haláleseti biztosítás Ft/€

Teljes értékű balesetbiztosítás¹ Ft/€

Betegségek és műtétek biztosítása² Ft/€

Új rendszeres díj Ft/€

RBD díjfizetési módja: banki átutalás rendszeres utalás

postai feladóvenvény (csekk) készpénz befizetés

csoportos beszedési megbízás

Díjfizetés gyakorisága: havi negyedéves féléves éves

NOVIS Bónusz a túlélésért Igen Nem

A minimális havi biztosítási díj 20,000 HUF/ 65 EUR.

A minimális haláleseti biztosítási összeg 480,000 HUF / 1,560 EUR

ALLOKÁCIÓS ARÁNY MÓDOSÍTÁSA

Kérem az allokációs arány egyenlő elosztását Igen Nem

NOVIS Fixed Income Eszközalap %

NOVIS Global Select Eszközalap %

NOVIS Sustainability Eszközalap %

NOVIS Tőkevédett Eszközalap %

NOVIS ETF Részvény Eszközalap %

NOVIS Gold Eszközalap %

NOVIS Jelzálog Eszközalap %

NOVIS Vállalkozói Eszközalap %

NOVIS Family Office Eszközalap %

NOVIS World Brands Eszközalap %

NOVIS Digital Assets Eszközalap %

ÖSSZESEN

100 %

* Csak Wealth Insuring biztosítás esetén kitöltendő.

Amennyiben nem igényli az allokációs arány egyenlő elosztását, kérjük, jelölje meg a kívánt egyedi összetételt arra való figyelemmel, hogy a NOVIS Family Office Eszközalap, a NOVIS World Brands Eszközalap és a NOVIS Digital Assets Eszközalapok együttes kitétsége maximum 50% lehet.

¹ Teljes értékű balesetbiztosítás tartalma: baleset okozta halál, maradandó egészségkárosodás és a balesetet követő felépülésre szükséges idő. A minimális balesetbiztosítási összeg 100,000 HUF / 325 EUR.

² Betegségek és műtétek biztosításának tartalma: rettegott betegségek, betegség következtében szükséges műtét, keresőképtelenség és fekvőbeteg-ellátás. A betegségek és műtétek minimális biztosítási összege 100,000 HUF / 325 EUR.

ÚJ HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT

| Családi és utónév, titulus | Születési idő | Részesedés % |
|----------------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> % |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> % |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> % |

Amennyiben a biztosítási szerződést „NOVIS Bónusz a túlélésért” záradékkal is ellátták, a biztosítási számla egyenlege tekintetében kedvezményezettnek minősül az összes olyan szerződő, akinek a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződése a „NOVIS Bónusz a túlélésért” záradékot tartalmazza. Egyidejűleg a szerződő halála esetén a biztosító a haláleseti kedvezményezett(ek) részére kifizeti a haláleseti biztosítási összeget és a teljes értékű baleseti balesetbiztosítás (baleset következtében bekövetkezett halál esetén), feltéve hogy az egyes biztosítási fedezetek a biztosítási szerződésben kikötésre kerültek.

Összesen 100 %

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

Az egyszerűsített egészségi nyilatkozat a következő feltételek együttes fennállása esetén alkalmazható: a haláleseti biztosítási összeg legfeljebb 10 000 000 Ft vagy 30 000 €, belépési kor legfeljebb 64 év, szerződés lejáratkori kor (ill. nyugdíjjáradékra váltása) legfeljebb 75 év, valamint nincs további biztosítási fedezet.

Ki tudja jelteni a következőket?

Kijelentem, hogy jelen pillanatban nincs csökkentett munkavégző képességem, nem részesedem és nem terjesztetem elő igényt csökkentett munkavégző képességből, munkaképtelenségből, rokkantságból vagy hosszú távú gondozás szükségességéből eredő járadékra.

Igen Nem

Kijelentem, hogy az elmúlt 5 évben nem részesültem kórházi kezelésben, valamint ezalatt az időszak alatt nem részesültem 3 hetet meghaladó kórházi fekvőbeteg-ellátásban, illetve nem álltam kezelés alatt ugyanazon problémák vagy megbetegedés miatt.

Igen Nem

Kijelentem, hogy nem voltak és nincsenek a következő megbetegedéseim: rosszindulatú daganatok, idegrendszeri megbetegedések, mentális betegségek, HIV fertőzés, szívinfarktus vagy agyvérzés.

Igen Nem

Dátum, és a biztosított aláírása

Amennyiben a fenti nyilatkozatra NEM-mel válaszolt, úgy a lent található egészségügyi kérdőív minden kérdésére válaszolnia kell.

RÉSZLETES EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Kérem, a lent található kérdésekre helyes, teljes és valósághű választ adjon. Ellenkező esetben a biztosítási szolgáltatás csökkentett összegű lehet, elutasításra kerülhet, illetve a biztosítási szerződés megszüntetését is maga után vonhatja.

1. Foglalkozása

2. Magassága cm

Testsúly kg

3. Dohányzik? Igen Nem

4. Sportol? Igen Nem

Milyen sportágban?

Hobbi

Versenyszerűen

Hivatásos sportoló

Igen Nem

5. Jelenleg áll-e (vagy korábban állt-e) rendszeres orvosi vagy gyógyszeres kezelés alatt? (Kérjük az orvosi leleteket mellékelni!)

6. Jelenleg használ-e, vagy korábban használt-e függőséget okozó szereket (például kábítószer, alkohol, gyógyszerek)?

Állt-e kezelés alatt, esetleg volt-e Önnek javasolva vagy elrendelve?

7. Jog szerint rokkantnyugdíjas, vagy kérvényezte-e a rokkantsági nyugdíjat, esetleg volt-e rokkantságot megállapító eljárás alatt?

8. Jelenleg szenved-e (vagy korábban szenvedett-e) az alábbi betegségekben, illetve vannak-e (voltak-e) egészségügyi panaszai?

a) Szív-, érrendszeri, tüdő, légzőszervi megbetegedések (például magas vérnyomás, szívritmuszavarok, szívdobogásérzés, szívöregjek, ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus, angina pectoris, mellkasi fájdalom, visszértbetegség, trombózis, embólia, asztma, tuberkulózis, krónikus höröghurut), esetleg más szív-, érrendszeri, tüdő és légzőszervi megbetegedések

b) Anyagcsere-megbetegedések, belső elválasztású mirigyek megbetegedései (például cukorbetegség, köszvény, magas koleszterinszint, magas trigliceridszint, pajzsmirigyműködési zavarok), esetleg más anyagcsere-megbetegedések

c) A máj, az epehólyag, hasnyálmirigy, nyelőcső, gyomor, nyombél, vékonybél, vastagbél, végbél, nemi szervek, vesék, húgyutak (például vizeletben levő vér) megbetegedései, sárgaság, esetleg más emésztőrendszeri zavarok

d) Vér- vagy immunrendszeri megbetegedések (például vérszegénység, véralvadási zavarok, hemofília, leukémia, vérképi elváltozások, lép betegségei, HIV-fertőzés, AIDS, allergia)

e) Csontok, ízületek, izmok megbetegedései (például hátgerinci fájdalmak és betegségek, tartós végtagfájdalmak, reuma, artrózis, osteoporózis), esetleg a csontok, ízületek és izmok más elváltozásai

f) Az agy, az idegek megbetegedései, elmebetegség (például fejfájás, migrén, szédülés, rohamok, epilepszia, szklerózis multiplex, szélütés, bénulás, depresszió, mentális betegségek, öngyilkossági kísérlet), más idegrendszeri zavarok

g) Jó- és rosszindulatú daganatok (például rák, miómák, adenómák, lipómák, polipok, ciszták), esetleg más típusú daganatos megbetegedések

h) Vírusos, bakteriális, fertőző, gombás betegségek (például HIV-vírus, malária, mononukleózis, Lyme-kór, stb.)

i) Szem és fül betegségei (például a szaruhártya megbetegedése, látászavarok, vakság, sükettség, süketnémaság), esetleg a szem és fül más panaszai

Dioptria (+/-) bal jobb

j) Más, a kérdőívben nem szereplő megbetegedés, sérülés, testi rendellenességek

9. Állapítottak-e meg Önnek kedvezőtlen eredményeket speciális kivizsgálások alkalmával (például computer tomográfia (CT), mágneses rezonancia (MR), röntgen (RTG), ultrahang (UH), EKG, vérvizsgálat, vizelet vizsgálata, genetikai tesztek, HIV-teszt AIDS-re), esetleg más speciális kivizsgálásokon?

10. Állt-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt az utóbbi 10 évben, esetleg ajánlottak-e fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést betegség diagnosztizálása, kivizsgálások, kezeléseik, műtétek érdekében?

11. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e jelenleg Önnek műtétet, kórházi kezelést, kivizsgálást?

Részletes adatok az igennel megválaszolt kérdésekre:

A kérdés sorszám

A betegség típusa, változásai, nehézségek

Mikor? Milyen hosszsan?

Kezelőorvos / gyógyintézet neve és címe

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

EGYÉB MÓDOSÍTÁS KÉRELMEZÉSE

ALÁÍRÁSOK

Aláírással igazolom, hogy az általam feltüntetett adatok helyesek, teljesek, és megfelelnek a valóságnak.

Aláírás időpontja

Szerződő aláírása
(A szerződő aláírása bármilyen
módosításhoz szükséges)

Biztosított aláírása