

ZUSATZANTRAG FÜR WEITERE  
VERSICHERTE PERSON

# NOVIS Nachhaltigkeitspolice

powered by



Anlage zum Antrag Nr.

Für jede weitere versicherte Person ist ein Zusatzantrag auszufüllen. Ergänzen Sie die im Antrag vordruckte Versicherungsvertragsnummer hier auf dem Zusatzantrag.

Name der Vermittlerorganisation

Name des Beraters

Vermittlerorganisation-Nr.

Berater-Nr.

## DIE VERSICHERTE PERSON

Herr  Frau  Divers

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

Staatsbürgerschaft

PLZ

E-Mail

Ort

Mobil / Telefon

## DER GESETZLICHE VERTRETER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

1. Vor- und Nachname

Verhältnis zu der versicherten Person

Geburtsdatum

Staatsbürgerschaft

Straße, Nr., PLZ, Ort

2. Vor- und Nachname

Verhältnis zu der versicherten Person

Geburtsdatum

Staatsbürgerschaft

Straße, Nr., PLZ, Ort

## ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Für die einzelnen Versicherungsrisiken beträgt die Versicherungssumme mindestens 10.000 €. Mindestversicherungssumme ist 30.000 €

Versicherungsbeginn

0 1        2 0

Beginn der versicherten Risiken:

Versicherungssumme bei Ableben

€

0 1       2 0

Ich wünsche mir die fallende Versicherungssumme ab dem \_\_\_\_\_ Jahr der Versicherungsdauer.\*\*

Versicherungssumme bei Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit

€

0 1       2 0

Ich wünsche mir die fallende Versicherungssumme ab dem \_\_\_\_\_ Jahr der Versicherungsdauer.\*\*

Versicherungssumme bei Unfall, erweiterter Unfalldeckung und Unfalltod

€

0 1       2 0

\*\* Sofern im Zusatzantrag für weitere versicherte Person nichts ausgewählt wird, gelten im Falle des Ablebens (Todesfall) und des Versicherungsrisikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ die vereinbarten Versicherungssummen bis zum 10. Jahr der Versicherungsdauer. Ab dem 11. Jahr der Versicherungsdauer sinken die vereinbarten Versicherungssummen jährlich um 10 % der Versicherungssumme des Vorjahres. Die Versicherungssummen können trotz dieser Regel aber nicht unter 5.000 Euro sinken.

## WEITERE ANGABEN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BEZUGSBERECHTIGTE PERSONEN IM ABLEBENSFALL

Vor- und Nachname	Widerruflich	Unwiderruflich	Geburtsdatum	Anteil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		%

Summe: 100%

## VEREINFACHTE GESUNDHEITSPRÜFUNG:

Die nachstehende „vereinfachte Gesundheitsprüfung“ ist nur dann möglich, wenn ausschließlich das Versicherungsrisiko „Ableben“ (keine Zusatzdeckungen Unfall oder Krankheiten) beantragt wird, die maximale Versicherungssumme 30.000 € nicht übersteigt, das maximale Eintrittsalter 64 Jahre und das maximale Endalter 75 Jahre sind.

### Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht:

Die Ihnen im Rahmen dieses Antrags in Textform gestellten Fragen zu den gesundheitlichen Verhältnissen und weiteren gefahrerheblichen Umständen (inkl. der nachfolgenden Erklärungen der zu versichernden Person) sind Grundlage für die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach §§ 19-22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gesetzlich verpflichtet sind, alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Bei Verletzung dieser Pflicht müssen Sie mit Nachteilen mit Blick auf Ihren Versicherungsschutz rechnen. Je nach Schwere Ihres Verschuldens bei einer Anzeigepflichtverletzung sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen oder den Vertrag – auch rückwirkend – anzupassen.

Bitte beachten Sie, dass ein Rücktritt infolge grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung zur Leistungsfreiheit im Schadenfall, auch für bereits eingetretene

### Erklärung zur vereinfachten Gesundheitsprüfung

Können Sie folgende Erklärung wahrheitsgemäß abgeben? Hiermit erkläre ich, dass ich derzeit voll arbeitsfähig bin und keine Leistungen wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit erhalte oder beantragt habe.

Ferner bestätige ich, dass ich in den letzten 5 Jahren nicht in stationärer Behandlung war und nicht länger als 3 Wochen ununterbrochen wegen derselben Erkrankung, Beschwerden oder Gesundheitsstörung behandelt wurde oder Medikamente eingenommen habe.

*Sofern diese Erklärung mit NEIN beantwortet wird, ist das Ausfüllen des diesem Zusatzantrag für weitere versicherte Person beigefügten Gesundheitsfragebogens notwendig.*

## ERKLÄRUNGEN DER VERSICHERTEN PERSON UND SCHLUSSBESTIMMUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich mich mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ AVB-40191210 der Versicherungsgesellschaft NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. mittels NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (nachstehend „NOVIS“) einschl. der Abzugstabelle und Bewertungstabellen, die zusammen einen integralen Bestandteil des Versicherungsvertrags (nachstehend „AVB“) im Rahmen des Versicherungsprodukts NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ bilden, vertraut gemacht habe.

Ja  Nein

Ich erkläre hiermit, dass ich rechtzeitig vor Beantragung des Versicherungsproduktes NOVIS „Nachhaltigkeitspolice“ in schriftlicher Form das Dokument von der NOVIS „Informationen für Kunden zum Schutz personenbezogener Daten“ erhalten habe.

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht an Terrorismusfinanzierungen in Bezug auf die geltenden Geldwäschebestimmungen beteiligt bin; ich bin im Sinne der Geldwäschebestimmungen keine politisch exponierte Person (PEP). Gleichzeitig verpflichte ich mich, wenn ich während des Versicherungsvertragsverhältnisses mit der NOVIS eine solche Person werde, dies der NOVIS unverzüglich mitzuteilen und die eidesstattliche Erklärung einer politisch exponierten Person auszufüllen.

Ja  Nein

Ich erkläre hiermit, dass ich kein US Bürger bin, nicht steuerpflichtig in den USA bin und keine Greencard besitze, und in den USA nicht geboren bin.

Ja  Nein

Diesen Zusatzantrag zum Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags stellt der Versicherungsnehmer mit der versicherten Person. Die Frist für die Annahme des Antrags seitens der Versicherungsanstalt ist zwei Monate nach dem Zugang des Antrags am Sitz der Versicherung

Ort, Datum

und abgewickelte Versicherungsfälle führen kann. Infolge einer schuldlosen oder leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung können wir den Vertrag mit Ihnen mit Wirkung für die Zukunft kündigen, so dass für die Zukunft kein Versicherungsschutz mehr besteht.

Hätten wir den Vertrag jedoch mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie ihre Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig, so können wir den Vertrag rückwirkend entsprechend anpassen (z.B. durch Einfügung eines Risikoausschlusses oder Risikozuschlages). Bitte berücksichtigen Sie, dass dies auch dazu führen kann, dass in einem bereits eingetretenen oder künftigen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz unter diesem Vertrag bestehen kann.

Hätten wir den Vertrag mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nicht schuldhaft, so können wir den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode entsprechend anpassen.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig, können wir den Vertrag anfechten. Auch in diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Ich versichere, dass folgende Erkrankungen nicht bestanden oder bestehen:

Bösartige Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche, HIV-Infektion, Herzinfarkt, Schlaganfall.

Ja  Nein

Datum, Unterschrift der zu versichernden Person

in Deutschland, höchstens jedoch zehn Wochen nach der Unterzeichnung des Versicherungsantrags durch den Versicherungsnehmer. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen am Tag, an dem der Versicherungsnehmer die Annahmemitteilung bezüglich seines Versicherungsantrages erhält. Diese Annahmemitteilung wird dem Versicherungsnehmer unverzüglich zugestellt, nachdem alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

a) der vollständig, wahrheitsgemäß, korrekt ausgefüllte und unterzeichnete Antrag und andere von der Versicherungsanstalt geforderten Dokumente sind am Deutschen Niederlassungssitz der Versicherung eingetroffen,

b) alle eventuell zusätzlichen von der Versicherungsanstalt geforderten ärztlichen Untersuchungen wurden durchgeführt und die Untersuchungsergebnisse nebst zusammenhängender Arztberichte sind am Sitz der NOVIS in der Annahmefrist für den Antrag eingegangen.

Die NOVIS übermittelt die Annahmemitteilung bezüglich des Versicherungsvertrages auf die E-Mail-Adresse des Versicherungsnehmers die in diesem Antrag angegeben ist. Wenn die E-Mail-Adresse in diesem Antrag nicht angegeben ist, wird die Annahmemitteilung postalisch zugestellt. Nachfolgend stellt die Versicherungsanstalt die Police als schriftliche Bestätigung über die Existenz des Versicherungsvertrages aus. Diese Police (Versicherungsschein) wird in gedruckter Form über den selbständigen Vermittler oder per Post zugestellt.

Die AVB enthalten die Bestimmungen über alle Versicherungsvertragsbestandteile, die nicht in dem Versicherungsantrag oder dem Versicherungsvertrag geregelt sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben im Zusatzantrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einschließlich der Angaben im Rahmen der Identitätsfeststellung gem. dem Geldwäschegesetz wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich erkläre, falls sich etwas an diesen Erklärungen ändert, informiere ich die NOVIS in Textform und ermögliche, dass die NOVIS ihre gesetzlichen Pflichten erfüllt.

Unterschrift

## EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN ZU MARKETINGZWECKEN

Ich bin damit einverstanden, dass die NOVIS meine personenbezogenen Daten im Umfang Name, Vorname, E-Mail, Telefon / Handy, Adresse zu Marketingzwecken der NOVIS (insbesondere zur Durchführung der Direktmarketing-Kommunikation wie elektronische Newsletters, Produktangeboten der NOVIS, Kundenwettbewerben, Zufriedenheitsumfragen) für die Versicherungsdauer und für ein Jahr nach Beendigung der Versicherung verarbeitet. Mir ist auch

bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Weitere Informationen zum Schutz personenbezogener Daten finden Sie im Dokument „Informationen für Kunden zum Schutz personenbezogener Daten“ oder auf der Website der NOVIS unter folgendem Link <https://www.novis.eu/de/informationen-fuer-kunden>.

Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift

## WIDERRUFSBELEHRUNG

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Karl-Benz-Straße 19, 70794 Filderstadt oder an [service@novis.eu](mailto:service@novis.eu).

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei

handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt errechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, d. h. bis zum Zugang des Widerrufs, geteilt durch 30 Tage, multipliziert mit der monatlichen Prämie. Den Rückkaufswert nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### Ende der Widerrufsbelehrung

**Ich erkläre hiermit**, dass ich mich mit dieser Widerrufsbelehrung vertraut gemacht habe.

Ja  Nein

## UNTERSCHRIFTEN

Diesem Antrag liegen   Zusatzblätter bei.

- Gesundheitsdokumentation  Kopie des Personalausweises/  
Reisepasses  Beiblatt zu den Gesundheitsfragen  
der versicherten Person

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht, Gerichtsstand ist Stuttgart.

Ort, Datum, versicherte Person  
bzw. Erziehungsberechtigter

Ort, Datum,  
Versicherungsnehmer

## IDENTIFIKATION DER VERSICHERTEN PERSON GEMÄß GELDWÄSCHEBESTIMMUNGEN

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_\_

1. Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Austellungsort: \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_\_

2. Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Austellungsort: \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_\_

Die versicherte Person hat sich ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass

Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Ausstellungsland: \_\_\_\_\_

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte hat sich ausgewiesen durch:

Personalausweis  Reisepass

Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Ausstellungsland: \_\_\_\_\_

Der gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte hat sich ausgewiesen durch:

Personalausweis  Reisepass

Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Ausstellungsland: \_\_\_\_\_

Ich als Vermittler bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben der versicherten Person in dessen persönlicher Anwesenheit vorgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand des mir vorgelegten Ausweises resp. Handelsregisterauszuges überprüft. Die aufgenommenen Angaben werden von mir als zutreffend bestätigt. Des Weiteren sind keine weiteren risikoerhöhenden Umstände bekannt, sofern solche nicht in einem gesonderten Bericht beigelegt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Berater/Vermittler



