

ALMENNIR SKILMÁLAR OG
SKILYRÐI VÁTRYGGINGARINNAR
SÖFNUNARLÍFTRYGGING

GENERAL TERMS AND CONDITIONS
FOR THE INSURANCE PRODUCT

Life Savings Plan

gefnir eru út af / powered by



váttryggingarskilmálum stjórnun almennatrygginga eða Tryggingastofnun, þar sem almennatryggingar og gildissvið félagslegra trygginga er ákvarðað samkvæmt gildandi lögum á Íslandi.

27. Tengdir aðilur við váttryggjanda eru:

- stjórnarmenn í váttryggjanda;
- meðlimir í stjórnarnefndum sem sinna eftirliti eða ráðgjöf hjá váttryggjanda;
- einstaklingar í lykilstörfum hjá váttryggjanda;
- lögaðilar með virkt eignarhald yfir váttryggjanda og einstaklingar í stjórnum þeirra;
- lögaðilar sem einstaklingar skv. lið a) og b) eiga virkan eignarhlut í;
- hluthafar með virkan eignarhlut og lögaðilar sem stjórnad er af þeim, eða þeir lúta stjórn af;
- lögaðilar sem stjórnad er af váttryggjanda;
- einstaklingar í stjórn Seðlabanka Slóvakíu;
- endurskoðendur, eða einstaklingar fyrir hönd endurskoðunarfyrtækis, sinna endurskoðunarstörfum fyrir váttryggjanda;
- skiptastjórnar, aðstoðarmann þeirra eða ráðgjafa sem eru skipaðir ef váttryggjandi fer í siltameðferð;
- einstaklingar eða lögaðilar sem hafa lagalegt samband við váttryggjanda, sem getur leitt til öflunar á virkum eignarhlut í váttryggjanda.

28. **Biðtími** er tímabil þar sem gildistöku váttryggingarverndar er frestað vegna ákveðinnar áhættu. Þau tilfelli þar sem váttryggjandi beitir þessari frestun sem og tímallengd hennar fyrir ákveðna váttryggingaráhættu eru útskýrð nánar í 18. grein þessara váttryggingarskilmála eða í ákveðnum skilmálanum vegna þeirrar váttryggingarverndar sem um ræðir.

29. **Gjaldmiðill váttryggingarsamningsins** er Evrur.

30. **Opinber persóna (Politically exposed person - PEP)** samkvæmt reglum um peningabætti er:

- einstaklingur sem er, eða hefur verið treyst fyrir mikilvægri opinberri stöðu. Mikilvæg opinber staða er þjóðhöfðingi, forsætisráðherra, aðstoðarforsætisráðherra, ráðherra, yfirmaður opinberra stofnunar, ríkisritari eða sambærilegur aðstoðarmaður ráðherra, þingmaður, dómari í Hæstarétti, dómari við stjórnlagadómstól eða annarrar æðri dómastofnunar hvers dómum verður ekki áfrýjað nema í sérstökum tilfellum, meðlimur í endurskoðunarráði eða í stjórn seðlabanka, sendiherrar, sendiráðunautar, hátt settir yfirmenn í herafila, vopnuðu yfirvaldi, eða vopnuðu öryggisfyriræki eða einstaklingur sem gegnir sambærilegri stöðu innan stofnana Evrópusambandsins eða alþjóðastofnana, stjórnarmaður í stjórnmalaflokk eða stjórnmalahreyfingu.
- einstaklingur sem er maki, eða í stöðu sambærilegri sem maki, barn, tengdasonur eða tengdadóttir, eða einstaklingur sem hefur stöðu sambærilegri sem tengdasonur eða tengdadóttur, eða foreldri einstaklings sem talin er upp í lið a).
- einstaklingur sem er raunverulegur eigandi að sama aðila, eða stjórnar sama aðila, eins og einstaklingur sem vísað er til í lið a) eða rekur viðskipti með einstaklingur sem talin er upp í a) eða aðila sem rekin er til hagsbóta fyrir einstakling sem vísað er til í a)

Grein 3

Gildistaka váttryggingarsamningsins

- Váttryggingarsamningurinn tekur gildi um leið og váttryggingartaki fær tilkynningu um að umsókn hans um váttryggingu hafi verið samþykkt.
- Váttryggingarskrírteinið sem gefið er út af váttryggjanda er skjal til staðfestingar á því að váttryggingarsamningur hafi tekið gildi.
- Samningsaðilar samþykkja að það megi einnig gera alla lagagjöminga s.s. tilkynningar í gegnum tölvupóstsamskipti. Samningsaðilum er skilyt að nota tölvupóstföng, sem samþykkt voru í váttryggingarsamningnum (á váttryggingarumsókn) eða hafa verið gefin upp síðar.

Grein 4

Upphaf og lok váttryggingar

- Váttryggingarvernd hefst kl 0.00 á miðnætti þess dags sem samþykkt hefur verið að sé tæknilegur upphafsdagur váttryggingarverndarinnar, en í fyrsta lagi frá þeirri stundu þegar váttryggjandi sendir staðfestingu um að váttryggingarsamningurinn hafi tekið gildi.
- Váttryggingarsamningi lýkur með andláti váttryggingartaka. Þetta gerist hins vegar ekki ef váttryggingartaki er ekki sá sami og hinn váttryggði samkvæmt váttryggingarsamningnum. Ef svo er, þá verður hinn váttryggði nýji váttryggingartakinn, ef váttryggjandi samþykkir það. Hið sama á við ef lögaðili sem gerði samninginn um váttrygginguna við váttryggjanda, er leystur upp (t.d. gjaldprotaskipti, hættir).
- Váttryggingunni lýkur einnig ef uppsögn váttryggingarsamnings undirrituð af váttryggingartaka berst samkvæmt skilningi 11. greinar og einnig sem afleiðing þess að greiðsla iðgjalds hefur ekki borist samkvæmt skilningi 10. greinar þessara váttryggingarskilmála.

Grein 5

Greiðsla iðgjalds

- Váttryggingartaka ber skylda til greiðslu iðgjalds samkvæmt váttryggingarsamningi. Umsamið iðgjald getur verið eingreiðsla eða reglulegt iðgjald eða blanda af þessu tvennu.
- Váttryggingartaki hefur rétt til þess að greiða hærra iðgjald en samþykkt var í váttryggingarsamningnum. Ef mismunur greiddrar upphæðar og umsaminnar greiðslu er jákvæður miðað við öll fyrri váttryggingartímabil, þá þarf váttryggingartaki ekki að greiða reglulegt iðgjald fyrir núgildandi váttryggingartímabil.
- Greiðsluskylda fyrir reglulegt iðgjald varir þar til í enda þess váttryggingarárs sem váttryggingartaki nær 70 ára aldri, en þó ekki skemur en 20 ár. Það hefur ekki áhrif á réttindi váttryggingartaka til þess að nota uppgreiðslustöðu samningsins sem byggir á 15. grein þessara skilmála.
- Váttryggjandi hefur rétt til að lækka váttryggingabætur sem nemur fjárhæð iðgjaldskuldar, ef að umsamin iðgjöld hafa ekki verið greidd að fullu (skuldajöfnun).

Grein 6

Tryggingareikningur

- Váttryggjandi stýrir tryggingareikningi fyrir sérhvem váttryggingarsamning.
- Öll fjárhæð greidds iðgjalds er færð inn á tryggingareikning.
- Við lok hvers mánaðar er afkoma tryggingarsjóða færð inn sem inneign og sá kostnaður sem samið hefur verið um, dreginn frá. Þetta leiðir af sér mánaðarlega lokastöðu sem færast yfir á næsta mánuð.
- Inneignin í byrjun hvers mánaðar að frádregnum tryggðarbónus NOVIS er fjárfest samkvæmt tilgreindu dreifingarhlutfalli inn í NOVIS tryggingarsjóðina.

Grein 7

NOVIS tryggingarsjóðir

- Váttryggingartaki hefur rétt til að ákvarða í hvaða hlutfalli tryggingarsjóðimir eru notaðir innan ramma váttryggingarsamningsins. Þegar váttryggingarsamningur er gerður er hægt að velja um eftirfarandi tryggingarsjóði:
 - NOVIS Fixed Income Insurance Fund**
NOVIS Fixed Income Insurance Fund er ekki höfuðstöls- eða vaxtatryggður. Hann fjárfestir beint eða óbeint í ríkis- eða fyrirtækjaskuldabréfum með föstum vöxtum, sem myndar meirihluta fjárfestinga, þótt skuldabréf með breytilegum vöxtum geti myndað minnihluta eigna. Það er búist við, þótt ekki sé ábyrgt, að þessi sjóður skili stöðugri og öruggri jákvæðri ávöxtun.
 - NOVIS Global Select Insurance Fund**
NOVIS Global Select Insurance Fund er ekki höfuðstöls- eða vaxtatryggður. Hann fjárfestir beint eða óbeint í hlutabréfum skráðum í kauphöllum víða um heim, sem myndar meirihluta

fjárfestinga. Minnihluta eigna getur verið fjárfestur í ríkis- eða fyrirtækjaskuldabréfum. Það er búist við, þótt ekki sé ábyrgt, að þessi sjóður geti skilað hári ávöxtun vegna mikils hlufalls hlutabréfa en er einnig með áhættu á sveiflum í verðmæti, sem að hluta eru jafnaðar með eignum í ríkis- eða fyrirtækjaskuldabréfum.

c) NOVIS Sustainability Insurance Fund

NOVIS Sustainability Insurance Fund er ekki höfuðstöls- eða vaxtatryggður. Hann fjárfestir beint eða óbeint í hlutabréfum fyrirtækja sem fylgja stífum reglum um stjórnunarhætti, umhverfisþætti og samfélagsþætti. Stefna sjóðsins er að taka þannig þátt í virkum umhverfisfjárfestingum (impact investments). Það er búist við, þótt ekki sé ábyrgt, að þessi sjóður getir skilað hári ávöxtun vegna mikils hlutfalls hlutabréfa, en er einnig með talsverða áhættu á sveiflum í verðmæti vegna áherslu á tiltekna tegund eigna, sem getur minnkað almenna áhættudreifingu.

- Váttryggjandi gæti boðið aðra tryggingasjóði á gildistíma samningsins. Ef váttryggingartaki samþykkir nýjan tryggingasjóð sem er í boði, þarf hann að tilkynna váttryggjanda hvernig hlutfallinu skuli breytt. Váttryggjandi hefur rétt til að loka tryggingasjóðum sem í boði eru. Í því tilviki að einum sjóðanna er lokað, er váttryggjanda skylt að tilkynna váttryggingartaka um það ef sá sjóður hefur verið notaður í váttryggingarsamningnum og í síðasta lagi einum mánuði áður en lokaákvörðun er tekin. Váttryggjandi verður að spyrja váttryggingartaka hvert nýtt dreifingarhlutfall hans skuli vera. Ef váttryggingartaki ákveður ekki nýtt dreifingarhlutfall innan þess tímabils sem tilgreint er, verður inneign tryggingareikningsins dreift milli þeirra sjóða sem eftir eru og hafa verið valdir af váttryggingartaka í því hlutfalli sem ákveðið var áður en sjóðurinn var leystur upp. Eigi að síður, ef váttryggingartaki hafði aðeins valið þann sjóð sem verður lokað og hefur ekki ákveðið nýtt dreifingarhlutfall innan tímaramms, verður inneign tryggingareiknings hans skipt jafnt milli allra tryggingarsjóða sem falla að áhættusniði váttryggingartaka.
- Ofangreindir NOVIS tryggingasjóðir eru eigin sjóðir váttryggjanda samkvæmt gildandi lögum um váttryggingarstarfsemi í heimaríki hans. Sérhver tryggingasjóður hefur eigin samþykktir, sem innihalda lýsingu á sérstökum áherslum og markmiðum fjárfestingarstefnu váttryggjanda á eignum sjóðsins, sérstaklega hvaða verðbréf eða fjárfestingar eru lagðar til hans auk skiptingu tengda atvinnugreinaum eða landssvæðum og reglna um áhættudreifingu. Samþykktir tryggingasjóða mynda hluta af váttryggingarsamningnum.

Grein 8

Þróun inneignar á tryggingareikningi, tryggðarbónus NOVIS

- Verðgildi tryggingareiknings (fjöldi fjárfestingareininga) breytist mánaðarlega vegna eftirfarandi þátta:
 - Heildariðgjöld eru lögð inná tryggingareikninginn.
 - Í lok hvers mánaðar er ávöxtun valdra tryggingasjóða lögð inn á tryggingareikning byggjt á ávöxtun þeirra. Ef mánaðarleg ávöxtun er jákvæð, þá eru nýjar fjárfestingaæiningar lagðar inn. Ef mánaðarleg ávöxtun er neikvæð, þá eu einingar dregnar frá. Mánaðarleg ávöxtun tryggingasjóða án höfuðstólstryggingar byggir á ávöxtun af þeim eignum sem sjóðurinn hefur fjárfest í.
 - Frádráttur vegna váttryggingarverndar (áhættuálgald): Iðgjald sem váttryggjandi dregur frá mánaðarlega af tryggingareikningnum vegna váttryggingarverndar er skilgreindur í verðskrá. Iðgjald fyrir váttryggingarvernd getur verið mismunandi eftir aldri váttryggðs en er ekki breytilegur eftir kyni. Verðskráin myndar hluta af váttryggingarsamningi og váttryggjandi má ekki að breyta henni á samningstímanum.
 - Gjöld vegna gildistöku og umsyslu váttryggingarsamningsins eru dregin frá í lok hvers mánaðar samkvæmt 12. grein þessara skilmála.
 - Hægt er að leysa út hluta inneignar og minnka frádrátt sem úttektinni nemur samkvæmt 13. grein þessara váttryggingarskilmála.

- members of the supervisory board;
- persons responsible for the performance of other key functions;
- legal entities exercising control over the Insurer and members of their statutory bodies;
- legal entities in which some of the persons referred to in points (a) to (d) have a qualifying holding;
- shareholders with a qualifying holding and any legal entity controlled by them or controlling them;
- legal entities controlled by the Insurer in question;
- members of the Bank Board of Národní banka Slovenska;
- auditors or natural persons who, on behalf of an audit firm, perform auditing activities in the Insurer;
- official receivers, deputy receivers, and expert advisers appointed for the undertaking being under receivership;
- persons having a legal relationship with the Insurer, which may lead to the acquisition of a qualifying holding in the Insurer in question.

28. **Waiting period** is the time period which postpones the start of insurance coverage for certain insurance risks. The cases where the insurer applies the waiting period and its length for certain insurance risks are stated in Article 18 of these GTCs or in the provisions for respective insurance risks.

29. **Currency of the insurance contract** is euro.

30. **Politically exposed person (PEP)** according to the Anti-money laundering Act is:

- a natural person who is or was entrusted with a prominent public function. Prominent public function is head of state, prime minister, deputy prime minister, minister, head of a central government body, state secretary or a similar deputy of a minister, member of Parliament, judge of the supreme court, judge of the constitutional court or other high-level judicial bodies the decisions of which are not subject to further appeal, except for special cases, member of the court of auditors or of the central bank board, ambassador, chargé d'affaires, high-rank military officer of armed forces, armed corps or armed security corps, member of executive body, supervisory body or auditing body of a state enterprise or a state-owned company or a person holding a similar post in the institutions of the European Union or international organizations, member of statutory body of political party or political movement;
- a natural person who is the spouse or a person equivalent to a status of the spouse, a child, son-in law or daughter-in law or a person having a status similar to that of son-in law or daughter-in law or a parent of a person referred to in a);
- a natural person known to be beneficial owner of the same client or to be otherwise in control of the same client, as a person referred to in a), or runs a common business with a person referred to in a) or a client established for the benefit of a person referred to in a).

Article 3

Conclusion of the insurance contract

- The insurance contract is concluded at the moment when the policyholder receives the notification of acceptance of his proposal for conclusion of an insurance contract or insurance policy.
- The insurance policy submitted by the insurer is a document confirming the existence of the insurance contract.
- The parties agree that any legal act may take place also via e-mail communication. The contracting parties must use the e-mail addresses, which have been agreed in the insurance contract or were redefined later.

Article 4

Start and end of insurance

- The insurance coverage begins at 0:00 AM on the day agreed in the insurance contract as the technical beginning of the insurance, but earliest in the moment of receipt of the confirmation of conclusion of insurance contract.

- The insurance contract ends with the death of the policyholder. This does not apply if the policyholder is not the insured party based on the insurance contract. In this case the insured person will become the new policyholder, if this is agreed with the insurance company. The same applies, if a legal entity, which concluded the insurance contract with the insurer, is dissolved.
- The insurance ends also due to a notice of termination of insurance contract by the policyholder in the sense of article 11 and as a consequence of non-payment of the insurance premium in the sense of article 10 of these GTCs.

Article 5

Payment of the insurance premium

- The policyholder is obligated to pay the premium agreed in the insurance contract. The agreed premium can be single premium or regular premium or the combination of both stated.
- The policyholder has the right at any time to pay a higher premium than agreed in the insurance contract. If the difference between the sum of the paid insurance premiums and the sum of the agreed insurance premium is positive for all preceding insurance periods, the policyholder is not obliged to pay the regular premium for the current insurance period.
- The payment obligation period for regular premium lasts until the end of the insurance year in which the policyholder reaches his 70th birthday, but not less than 20 full years. The right of the policyholder for using the paid up state of the policy based on Article 15 of these GTCs is not affected by this provision.
- The insurer is entitled to reduce an insurance benefit by the owed amount of the insurance premium if the agreed premiums were not paid in full amount.

Article 6

Insurance account

- The insurer manages an insurance account for each insurance contract.
- Each paid insurance premium is credited to the insurance account in full amount.
- At the end of each month the performance of the insurance funds is credited and the contractually agreed deductions are made. This results into monthly final balance, which is identical to the opening balance of the following month.
- The opening balance except the NOVIS Loyalty Bonus is invested according to the specified allocation ratio into the NOVIS Insurance Funds.

Article 7

NOVIS Insurance Funds

- The policyholder has the right to determine in what ratio will be the insurance funds used within the scope of the insurance contract. When concluding an insurance contract following insurance funds are available:
 - NOVIS Fixed Income Insurance Fund**
NOVIS Fixed Income Insurance Fund (Fund) is a non-guaranteed fund. It invests directly or indirectly into government and corporate bonds with fixed interest, which forms majority of investments, while debt securities with floating interest may have minor share. It is expected although not guaranteed, that this Fund shall experience lower volatility and stable positive performance.
 - NOVIS Global Select Insurance Fund**
NOVIS Global Select Insurance Fund (Fund) is a non-guaranteed fund. It invests directly or indirectly into stocks listed on major stock exchanges worldwide, which forms majority of investments. Minor share may be invested into corporate or government bonds. It is expected although not guaranteed, that this Fund may have high performance due to large share of stocks but also bears higher risk of fluctuation of its value which is partly leveraged by investments into corporate and government bonds.
 - NOVIS Sustainability Insurance Fund**

NOVIS Sustainability Insurance Fund (Fund) is a non-guaranteed fund. It invests directly or indirectly into stocks of companies which comply with strict corporate governance, environmental and social criteria. Fund's aim is to include substantial share of impact investments. It is expected although not guaranteed, that this Fund may have high performance due to large share of stocks but also bears higher risk of fluctuation of its value due to lower diversification which is caused by focus on specific type of assets.

- The insurer can offer other insurance funds during the duration of the insurance contract. If the policyholder accepts a new insurance fund offered, he will inform the insurer how the allocation ratio should be changed. The insurer has the right to terminate the insurance funds offered. In the event of the termination of one of the insurance funds offered, the insurer is obliged to inform the policyholder about this fact if this insurance fund is used in his insurance contract, and at the latest one month before the effectiveness of this decision. The insurer has to ask the policyholder for new allocation ratio. If the policyholder does not set a new allocation ratio within the period mentioned, the current balance (assets) of the insurance account is distributed between the remaining insurance funds selected by the policyholder using the allocation ratio set before the dissolution of insurance fund. However, if the policyholder had selected only the insurance fund which is going to be canceled but has not set a new allocation ratio in period mentioned, then the balance of the insurance account is divided evenly between all insurance funds which are compatible with policyholder's risk profile.
- The above stated NOVIS Insurance Funds are own (internal) funds of the insurer under the valid Slovak Insurance Act. Each insurance fund has its own statute, which contains the description of the particular focus and objectives of the investment policy of the insurer including the fund's assets, especially what securities and investment vehicles are procured from the collected funds, as well as any sectoral or territorial division of investments and rules for risk spread. The statutes of own (internal) funds are an integral part of the insurance contract.

Article 8

Development of the balance of the insurance account, NOVIS Loyalty Bonus

- The value of the insurance account (number of investment units) changes each month due to the following factors:
 - The entire paid insurance premium is credited to the insurance account.
 - At the end of each month the investment return of the selected insurance funds based on their development is credited to the insurance account. If the monthly performance is positive, new investment units are credited; if the monthly performance is negative, investment units are deducted. The monthly performance of the non-guaranteed insurance funds depends on the performance of the assets, in which the insurance funds invest.
 - Deduction for the insurance coverage:
The deductions which Insurer can deduct monthly from the insurance account for the insurance coverage are defined in the deduction table. Deductions for the insurance coverage may differ based on age but are not differentiated according to sex. The deduction table forms a component of the insurance contract and the insurer is not entitled to change these during the entire duration of the insurance contract.
 - Deductions related to the conclusion and administration of the insurance contract are deducted in the end of each month based on the description in Article 12 of these GTCs.
 - The balance of the insurance account may also be reduced by a partial surrender and a deduction for a partial surrender according to Article 13 of these GTCs.
 - The value of the insurance account, excluding the NOVIS Loyalty Bonus, is invested into the insurance funds on the first day of the month based on the allocation ratio set by the policyholder. The

f) Inneign á tryggingareikningi, að frátöldum NOVIS tryggðarbónus, er fjárfest í tryggingasjóðum á fyrsta degi hvers mánaðar samkvæmt dreifingarhlutfalli sem váttryggingartaki ákveður. Inneign á tryggingareikningi er fjárfest að fullu.

2. NOVIS tryggðarbónus (Loyalty bonus):

a) Váttryggjandi leggur váttryggingartaka til NOVIS tryggðarbónus að upphæð € 1.500. Þessi NOVIS tryggðarbónus er lagður inn á tryggingareikning í þeim mánuði sem iðgjald var fyrst greitt. Engin gjöld eru dregin frá framlagi til NOVIS tryggðarbónus.

b) Ef váttryggingarsamningi lýkur af annarri ástæðu en andláti váttryggingartaka, er gangvirði NOVIS tryggðarbónusins dregið frá tryggingareikningnum áður en endurkaupsvirði samningsins er ákvarðað. Váttryggingartaki tapar ekki NOVIS tryggðarbónusnum ef hann tekur út inneign, þegar váttryggjandi hefur fengið upphæð umsamins iðgjalds í 20 ár af váttryggingarsamningnum. Breyting á hluta eða allri upphæð tryggingareikningsins í ævilangan lífeyri er ekki talið sem uppsögn váttryggingarsamningsins. Slík breyting leiðir ekki til taps á NOVIS tryggðarbónusnum og eykur þess vegna upphæð lífeyris.

Grein 9

Einstaklingsbundið áhættumat

- Upplýsingar sem váttryggjandi aflar á meðan á umsóknarferlinu stendur varðandi heilsufar váttryggða, má aðeins nota vegna umsamins váttryggingarsamnings og í tengslum við greiðslu váttryggingabóta vegna váttryggingararbúðar og til vermdar réttindum sem váttryggingarsamningurinn eða váttryggingararbúður veita.
- Sérhver váttryggingarvernd er metin sérstaklega samkvæmt fyrirliggjandi upplýsingum og með notkun leiðbeininga fyrir áhættumat á váttryggingaráhættu sem váttryggjandi fær frá öllum helstu endurtryggingarfélagum. Ef hinn váttryggði er í hæri áhættuflokki samkvæmt fyrirliggjandi upplýsingum, samþanbúið við það sem almennt gerist í þjóðfélaginu í hans aldursflokki, er frádráttur af tryggingareikningi aukinn hlutfallslega og/eða í beinni fjárhæð vegna váttryggingavermdarinnar (hærra áhættu-iðgjald). Váttryggjandi má ekki breyta upphaflegu áhættumati sínu allan gildistíma samningsins til óhagræðis fyrir váttryggða, heldur ekki þó að heilsufarsástand eða aðrir áhættuþættir hafi versnað frá samningsgerð. Aðeins má breyta áhættumatinu til bóta fyrir váttryggða, ef við á, ef hann leggur fram nýjar víðeigandi upplýsingar.
- Auk tilkynningar um samþykki váttryggingarumsóknar þá ber váttryggjanda að upplýsa um niðurstöðu einstaklingsbundins áhættumats. Ef að einstaklingsbundið áhættumat tekur lengri tíma, þá er váttryggjanda heimilt að samþykkja váttryggingarumsókn en samþykkja umbeðna váttryggingarvernd aðeins að hluta. Í því tilfalli tilkynnir váttryggjandi svo váttryggingartaka niðurstöðu einstaklingsbundins áhættumats þegar því er lokið. Ef verður breyting á váttryggingunni miðað við váttryggingarumsókn (til dæmis krafist er aukalegs iðgjalds fyrir váttryggingarvernd eða umbeðinni váttryggingarfjárhæð er hafnað, eða hún undanskílin), þá getur váttryggingartaki hafnað samningsgerðinni innan 30 daga frá því hann fékk upplýsingar um breytinguna. Tilkynning um höfnun samnings ber að senda skriflega frá váttryggingartaka til váttryggjanda, innan þessa tímabils.

Grein 10

Afleiðingar vegna vanskila iðgjaldla

- Ef umsamin iðgjöld vegna fyrsta tryggingartímabils hafa ekki verið greidd innan þriggja mánaða frá gjaldldaga, lýkur váttryggingarsamningnum.
- Reglulegt iðgjald fellur í gjalddaga á fyrsta degi viðkomandi váttryggingartímabils.
- Gjaldfallið iðgjald er mismunurinn á umsömdu iðgjaldi frá fyrra váttryggingartímabili og greiddu iðgjaldi fyrir sama tímabil.
- Váttryggjandi mun senda tilkynningu um ógreitt iðgjald til váttryggingartaka þegar eftirfarandi skilyrði eru komin fram

- váttryggingartaki hefur greitt reglulegt iðgjald seint
- ógreitt iðgjald er hærra en þrjú mánaðarleg iðgjöld
- inneign á tryggingareikningi er neikvæð

- Ef að váttryggingartaki greiðir ekki gjaldfallið iðgjald innan þess lögákvæðna frests sem tiltekin er í tilkynningu um vanskil. Þá fellur váttryggingarsamningurinn niður í lok þess frests. Þetta á þó ekki við ef váttryggingarsamningurinn er í uppsæri-slustöðu samkvæmt grein 15 í þessum váttryggingarskilmála.
- Váttryggjandi getur boðið váttryggingartaka þann valmöguleika að greiða ekki reglulegt umsamið iðgjald í 6 mánuði með samþykktu váttryggingarvernd í fullu gildi. Ástæða fyrir slíku getur verið skerðing á innkomu (t.d. tap fyrirvinnu eða atvinnuleysis). Ef að váttryggingararbúður hendir þá hefur váttryggjandi rétt til að greiða váttryggingarbætur í samræmi við grein 5.4 í þessum váttryggingarskilmála. Þessi valmöguleiki getur ekki verið nýttur oftan en 3 sinnum á öllum gildistíma váttryggingarinnar.

Grein 11

Uppsögn váttryggingarsamnings

- Váttryggingartaki getur sagt upp váttryggingarsamning sínum hvenær sem er án þess að tilgreina ástæðu. Váttryggingartaka ber þó að greiða umsamið iðgjald að fullu, hlutfallslega, til uppsagnardags. Ef váttryggingartaki kys að segja upp váttryggingarvernd sjálfstætt fyrir váttryggingaaáhættumar varanlega örorku eða alvarlega sjúkdóma og skurðaðgerðir, ber honum að senda slíka uppsögn með 30 daga fyrirvara áður en nýtt iðgjaldstímabil hefst.
- Váttryggingartaki hefur heimild til þess að hætta við að taka váttryggingarsamninginn innan 30 daga frá því honum barst samþykki félagsins fyrir honum án þess að geta um ástæðu og án þess að greiða iðgjald (íðurnarrestur).

Grein 12

Endurkaupsvirði, kostnaður og gjöld

- Váttryggjandi mun greiða váttryggingartaka út endurkaupsvirði váttryggingarinnar samkvæmt því sem lýst er í þessum váttryggingarskilmálum eða gildandi lögum. Endurkaupsvirði fyrstu 10 ár samningsins jafngildir 97% af inneign á tryggingareikningi til loka síðasta heila mánaðar sem váttryggingarsamningurinn hefur verið í gildi. Síðar, verður endurkaupsverðið jafngilt inneign á tryggingareikningi. Rauverðigildi NOVIS tryggðarbónus er dregið frá tryggingareikningnum nema allt umsamið iðgjald hafi þegar verið greitt fyrir váttryggingarsamninginn eða ef váttryggjandi hefur fengið umsamin iðgjöld greidd í 20 ár.
- Frádráttur vegna gerðar váttryggingarsamningsins með eingreiðsluiðgjaldi er 6% af eingreiðsluiðgjaldinu og er það dregið frá tryggingareikningnum í lok þess mánaðar sem eingreiðsluiðgjaldið var greitt. Greiðslur til viðbótar við umsamar iðgjaldagreiðslur auka ekki kostnað vegna gerðar váttryggingarsamningsins.
- Á fyrstu 60 mánuðum gildistíma váttryggingarsamningsins er kostnaður vegna gerðar hans sem dreginn er af tryggingareikningnum 35% af reglulegu mánaðarlegu iðgjaldi. Iðgjaldagreiðslur sem eru hæri en umsamin upphæð, auka ekki kostnaðinn.
- Í því tilfalli að samningnum lýkur samkvæmt skilgreiningu í fyrsta töluvið þessarar greinar á fyrstu 60 mánuðum gildistíma váttryggingarsamningsins, þá er endurkaupsvirðið lækkað sem nemur óinnheimtum gjöldum vegna gerðar hans.
- Umsýslugjald er dregið frá í lok hvers mánaðar að upphæð 5€.
- Sjóðstjómunargald er dregið frá tryggingareikningi í upphafi mánaðar (að undantekinni stöðu NOVIS tryggðarbónus) miðað við stöðu hans í enda næstliðins mánaðar, sem nemur 0,1% en þó að lágmarki 2 EUR.
- Áhættu-iðgjald váttryggingarvermdar er dregið frá tryggingareikningnum mánaðarlega og er tilgreint í gjaldskrá. Áhættu-iðgjald getur verið hækkað eftir niðurstöðum einstaklings-bundins áhættumats.

Grein 13

Uppsögn að hluta

- Váttryggingartaki getur óskað eftir því skriflega að segja upp hluta

váttryggingarsamningsins með eins mánaðar fyrirvara fyrir lok næsta tryggingartímabils, en ekki fyrr en 12 mánuðum eftir að samningurinn tók gildi. Eftir að gengið hefur verið frá uppsögn að hluta (part- surrender) verða að minnsta kosti 1000€ að standa eftir á tryggingareikningnum (að undanskildu núvirði NOVIS tryggðarbónus).

- Lágmarks endurkaupsvirði uppsagnar að hluta verður að vera 500€.
- Uppsögn að hluta hefur ekki áhrif á tímalengd váttryggingarsamningsins eða gildandi váttryggingarfjárhæðir.

Grein 14

Skyldur og réttindi samningsaðila

- Váttryggingartaka og váttryggðum ber skylda til:
 - að svara öllum spurningum er varðar váttryggingarsamninginn sannleikanum samkvæmt (þetta á einnig við þegar um er að ræða breytingar á gildandi váttryggingarsamningi).
 - váttryggingartaka er skylt að greiða umsamin iðgjöld í síðasta lagi á þeirri dagsetningu sem samið hefur verið um í váttryggingarsamningnum.
 - Upplýsa þarf váttryggjanda um breytt heimilisfang eða aðrar samskiptaleiðir, sérstaklega tölvupóstfang, sem ætlast er til að váttryggjandi noti til að senda upplýsingar eða tilkynningar.
- Váttryggjandi verður að uppfylla skyldur sínar, sem tilgreindar eru í ákvæðum í váttryggingarskilmálanum ásamt lagalegum reglum sem samningurinn byggir á.
 - Váttryggjandi hefur rétt til að krefjast umsamins iðgjalds.
 - að óska eftir því að hinn váttryggði gangist undir tækniskráðun hjá læknum eða heilbrigðisstofnum sem ákveðin er af váttryggjanda og að lögð verði fram gögn úr læknaskýrslum eða sjúkraskrá.
 - að segja upp váttryggingarsamningi vegna meðvitaðra brota á skyldum, sem tilgreindar eru í málsgrein 1a) í þessari grein og að greint sé rétt og satt frá efnislegum upplýsingum sem váttryggjandi óskar eftir við váttryggingartöku. Í tilfalli slíkrar uppsagnar á váttryggingartaki engan rétt á endurgreiðslu iðgjalds.
 - að hafna greiðslu váttryggingarbóta ef í ljós kemur eftir váttryggingararbúrd að rangar upplýsingar voru veittar við gerð váttryggingarsamningsins, eða síðar, enda hafi hinar röngu upplýsingar haft veruleg áhrif á ákvörðun váttryggjanda að veita váttryggingarsamninginn. Í slíkum tilfellum er váttryggjanda sómuleiðis heimilt að segja upp váttryggingarsamningnum.
 - að auðkenna váttryggingartaka og hinn váttryggða í ferlinu við samþykkt váttryggingarsamningsins og geyma þær upplýsingar í auðkenningargögnum sínum.
- Krafa um váttryggingabætur fellur í gjalddaga 14 dögum eftir að váttryggjandi átti þess kost að afla gagna sem þórf var á til þess að kanna ábyrgð sína og reikna út endanlega fjárhæð bóta.
- Ef að váttryggingartaki eða váttryggður brýtur visvitandi skyldur sínar samkvæmt þessum váttryggingarskilmála, eða öðrum almennum lagareglum og slíkt brot hefur veruleg áhrif á að váttryggingararbúður gerist eða að afleiðingar hans verða meiri en ella, áskilur váttryggjandi sér rétt til þess að lækka eða hafna váttryggingabótum ásamt því að segja upp váttryggingarsamningi, allt eftir eðli og alvarleika brotsins.
- Ef að váttryggingartaki eða váttryggður gefur meðvitað rangar eða ófullnægjandi upplýsingar til váttryggjanda þá áskilur váttryggjandi sér rétt til að lækka váttryggingabætur hlutfallslega í samræmi við það áhættu-iðgjald sem váttryggjandi hefði annars tekið af váttryggingareikningi ef váttryggjandi hefði vitað hið rétta. Í því tilfalli þegar að bótaskylda er undanskílin samkvæmt skilgreiningu í grein 19, þýðir það að bótaskylda er undanskílin vegna allrar váttryggingaráhættu sem er innan váttryggingarsamningsins.
- Umsækjandi váttryggingar verður að upplýsa váttryggjandi ef hann er tengdur aðili við váttryggjanda. Misbrestur á að tilkynna váttryggjanda réttilega um slík tengsl, gerir honum ókleift að gera gildan váttryggingarsamning við umsækjanda og slíkur váttryggingarsamningur er ógildur frá upphafi.
- Váttryggingartaki og váttryggði gefa samþykki sitt fyrir flutningi

- Value of the insurance account is invested fully.
- NOVIS Loyalty Bonus:
 - The insurer grants the policyholder a NOVIS Loyalty Bonus in the fixed amount of 1500 €. This NOVIS Loyalty Bonus is credited to the insurance account in the month in which an insurance premium was first paid. No fees are deducted from the granted amount of a NOVIS Loyalty Bonus.
 - If the insurance contract ends for a different reason than the death of the policyholder, the NOVIS Loyalty Bonus is deducted from the insurance account before the determination of the surrender value. The policyholder doesn't lose the NOVIS Loyalty Bonus in case of surrender,if the insurer have already received the sum of agreed premium for 20 years of the insurance contract. The change of the part or the whole amount of the insurance account into lifelong pension is not considered for termination of the insurance contract. This change doesn't result into the loss of NOVIS Loyalty Bonus and therefore increases the amount of pension.

Article 9

Individual insurance risk assessment

- Facts, which the insurer obtained during the assessment of the state of health of the insured party, may only be used for the purposes of the agreed insurance contract, and in connection with the settlement of the insured event, and in the application and protection of the rights of the agreed insurance policy or insured event.
- Each agreed insurance coverage is evaluated individually based on the available information and using insurance risk assessment manuals that the insurer acquires from major reinsurance companies. If the insured person represents a higher risk based on the available information compared to the society-wide average in the given age group, the deduction from the insurance account is increased for this insurance coverage proportionally and/or in absolute numbers.
- The insurer may not change the assessed initial risk during the whole duration of the insurance contract to the disadvantage of the insured party, also not if the state of health or other risk circumstances worsen. The risk assessment can be changed only in favor of the insured party, if relevant new information is submitted.
- Together with the notification of the acceptance of the insurance proposal the insurer must also inform the policyholder about the result of the individual risk assessment. If the individual risk assessment requires longer time, insurer is allowed to issue the acceptance of the insurance proposal with accepting only part of requested insurance coverage. In such cases insurer promptly informs policyholder about the result of individual risk assessment once its completed. If any change of the insurance coverage against the proposal for the conclusion of an insurance contract (for example an increased deduction for the insurance coverage or an exclusion or the refusal of required insurance coverage) is specified by the insurer, the policyholder can withdraw the policy within 30 days as of the receipt of this information. A notice of withdrawal must be delivered within this period in writing by the policyholder to the insurer.

Article 10

Consequences of the non-payment of the agreed insurance premium

- In the case of non-payment of premiums for the first insurance period within three months from its due date, the insurance contract ceases.
- The regular premium is due on the first day of the relevant insurance period.
- Due premium is a positive difference between the agreed premium for the past insurance and the amount of premiums paid by the policyhodler for the past insurance periods.
- The insurer will send the notice of unpaid premium to the policyholder once all of these conditions are fulfilled:
 - the policyholder is late with paying the regular premium,
 - the amount of the due premium exceeds three times monthly premium,

- the balance of the insurance account is negative.
- If the policyholder does not pay the due premium within a legal period stated in the notice of unpaid premium, the insurance contract ceases at the last day of this period. This does not apply, if the policy changes its status to paid-up policy as per the Article 15 of these GTCs.
 - The insurer may provide the client with the option of non-payment of the regular premium for a period of 6 months with the agreed risks remaining in force. The reason for non-payment may be the loss of income (e.g. loss of breadwinner or employment). In case that an insured event occurs, the insurer has the right to proceed with the payment of the insurance benefit as per the Article 5.4 of these GTCs. This option cannot be used more than 3 times during the whole duration of the insurance contract.

Article 11

Cancellation of the insurance contract

- The policyholder may cancel his insurance contract anytime without stating the reason. The policyholder is obliged to pay the premium in full, pro-rata to the date of cancellation. If the policyholder wishes to terminate insurance cover „Permanent disability“ or „Critical illnesses“ upon the conclusion of the period of cover, he must give notice to the insurer not later than one month from the day the premium for the new insurance period is due.
- The policyholder has the right to withdraw from the insurance contract in the period of 30 days upon the conclusion of the insurance contract even without stating a reason.

Article 12

Surrender value, costs and fees

- The insurer will pay out the surrender value to the policyholder in the cases described by these GTCs or by the respective legislation. Surrender value during the first 10 years of the duration of the insurance contract is equal to 97% of the balance of the insurance account to the end of the last full month of the duration of the contract. Later on, the surrender value is equal to the balance of the insurance account. The NOVIS Loyalty Bonus is deducted from the insurance account unless the whole agreed premium has already been paid for the insurance contract or if the insurer have already received the sum of agreed premium for 20 years of the insurance contract.
- The deduction for the conclusion of the insurance contract from single premium amounts to 6% of the single premium and is deducted from the insurance account at the end of the month in which the single premium has been paid. Premium payments above the agreed amount do not increase deduction for the conclusion of the insurance contract for single premium.
- In the first 60 insurance months the deduction for the conclusion of the insurance contract from regular monthly premium is charged in the amount of 35% of regular monthly premium. Premium payments above the agreed amount, do not increase these deductions.
- In the event of termination of the insurance contract within the meaning of paragraph 1 of this Article in the first 60 months of duration of the insurance contract, the surrender value is reduced by the uncollected deductions for the conclusion of the insurance contract.
- The administration fee is deducted at the end of each month in the amount of 5 €.
- Investment fee is deducted from the opening monthly balance (excluding the NOVIS Loyalty Bonus) of the insurance account at the end of the month at the height of 0.1%, with a minimum amount of 2 €.
- The risk coverage fees are deducted monthly from the insurance account and are stated in the deduction table, the risk coverage fees can be increased based on the result of health risk assessment.

Article 13

Partial surrender

- The policyholder can request a partial surrender in writing with a

period of notice of one month to the end of the next insurance period but not sooner than 12 month from the conclusion of the insurance contract.After the completion of the partial surrender at least value of 1,000 € must remain on the insurance account (excl. the NOVIS Loyalty Bonus).

- The minimum value of the partial surrender must amount to 500 €.
- The partial surrender does not influence the period of insurance and the existing insurance coverage.

Article 14

Rights and obligations of the contracting parties

- The policyholder and the insured party are obliged:
 - to truthfully and completely answer all questions that concern the insurance contract (this applies also in the case where it concerns the change to an already existing insurance contract),
 - the policyholder is obliged to pay the agreed insurance premiums at the latest by the dates agreed in the insurance contract,
 - to inform the insurer of a change in address or other communication data, above all the e-mail address, to which the insurer is to send information and decisions.
- The insurer must keep its obligations, which result from the clauses of a contract, from these GTCs and from the legal provisions.
- The insurer has the right:
 - to request the payment of agreed premium,
 - to request the insured party to undergo medical investigations in a medical facility determined by the insurer, and to submit data from the medical record,
 - to withdraw from the insurance contract due to conscious breach of the obligation specified in the paragraph 1 a) of this article, if the insurance contract was not concluded with truthful and complete answers to the questions. In such scenario the policyholder has no right of refund of his premium, in case the insurer finds out only after occurrence of the insured event that cause of this event was not known to him prior to conclusion of the contract due to knowingly untruthfull or incomplete answers and in case this information has significant impact on the conclusion of the contract, insurer is entitled to refuse to pay the insurance benefit. By refusing to pay the insurance benefit the insurance contract terminates,
 - to identify policyholder and the insured party during the process of conclusion of an insurance contract and to keep their identification data in their records.
- In case of an insured event, the insurer is obliged to pay the insurance benefit within 15 days after finalization of the claim process.
- If a deliberate breach of the obligations set in these GTCs or generally binding legal regulations has a significant impact on the occurrence of an insured event or on the increase of the scope of consequences of the insured event, the insurer has the right to decrease the amount of insurance benefit or to terminate the insurance contract, depending on the impact of the breach on the extent of obligation to be fulfilled.
- The insurer is entitled to reduce the insurance benefit accordingly, if based on consciously untruthful or incomplete answer of the insured party or the policyholder, a lower risk deduction from the insurance account was determined. In cases where insurance benefit is excluded within the meaning of Article 19, it means the exclusion of any insurance benefit on the basis of any insurance risk agreed in the insurance contract.
- A prospective policyholder is obliged to inform the insurer if he is a related person to the insurer. Failure to inform the insurer of such relation, results in inability of the insurer to conclude an insurance contract with such prospective policyholder and any such insurance contract is null and void from the outset.
- The policyholder and the Insured give their consent for transfer of their personal information across geographical borders. The Policyholder and the Insured confirm that these information were acquired according to relevant legislation on personal data protection.

persónuupplýsinga þeirra yfir landamæri. Váttryggingartaki og váttryggði staðfesta að þessarar upplýsingar va aflið samkvæmt viðeigandi iðggjöf um persónuvernd.

- Grein 15**
Undanþága frá skyldu til iðgjaldgreiðslu Uppgreiðslusamningar (Paid-up policy)
- Váttrygging sem hefur stöðu uppgreiðslusamnings er váttrygging án frekari greiðsluskilyldu iðgjalda. Váttryggingartakinn hefur samt sem áður möguleika á að greiða iðgjöld ef hann óskar þess. Einnig eru allir váttryggingarsamningar þar sem öll umsamin iðgjöld hafa verið að fullu greidd, í uppgreiðslustöðu.
 - Hægt er að breyta váttryggingarsamningnum í uppgreiðslusamning, ef staðan á tryggingareikningnum hefur náð í það minnsta 1.000 € (að frádregnum NOVIS tryggðarbónusnum). Váttryggingartaki þarf að óska eftir því skriflega við váttryggjanda að fá undanþágu frá greiðslu iðgjalda (með tölvupósti eða bréfi). Eftir að hafa lagt fram beiðni um undanþágu frá greiðslu iðgjalda, sem hefst á næsta tryggingartímabili, er tryggingarsamningnum breytt í uppgreiðslusamning.
 - Ef váttryggingartaki óskar eftir undanþágu frá greiðslu iðgjalda og inneign á tryggingareikningi er undir 500 €, þá greiðir váttryggjandi endurkaupsvirðið út og váttryggingarsamningnum lýkur.
 - Á gildistíma váttryggingarsamnings, sem hefur verið breytt í uppgreiðslusamning, er verðgildi samningins uppreiðnað í hverjum mánuði samkvæmt 8. grein þessara váttryggingarskilmála, þar sem umsamin váttryggingarvernd helst í gildi.
 - Váttryggingarsamningi sem hefur verið breytt í uppgreiðslusamning, lýkur í lok þess mánaðar, sem er næstur á eftir þeim mánuði þar sem inneign á tryggingareikningi verður neikvæð í fyrsta skipti, nema váttryggingartaki hefji iðgjaldgreiðslur á ný.
- Grein 16**
Breytingar á váttryggingarsamningi
- Váttryggingartaki hefur rétt á að óska eftir læknum umsaminnar iðgjaldageiðslu reglulegra iðgjalda eftir 5 ár. Váttryggjandi getur aðeins neitað beiðni hans ef lækkuð iðgjaldgreiðsla nægir ekki fyrir greiðslu áhættuiðgjalda fyrir þá váttryggingavernd sem samið var um í váttryggingarsamningnum.
 - Váttryggingartakinn hefur rétt á að óska skriflega eftir breytingum á umsaminni váttryggingarvernd einu sinni á ári án kostnaðar, ef lágmarksupphæð samtölu bótafjárhæða allrar váttryggingarverndar innan samningsins helst. Váttryggjandi áskilur sér rétt til að hafna hækkun váttryggingarverndar að fullu eða að hluta ef:
 - það er niðurstaða af einstaka áhættumati.
 - váttryggði leggur ekki fram fullnægjandi gögn samkvæmt ósk váttryggjanda innan tiltekins frests sem ákveðinn er af váttryggjanda.
 - einhver þeirra bótafjárhæða sem á að breyta fer umfram þau mörk sem váttryggjandi getur samþykkt sem váttryggingarvernd.
 - Breytingar samkvæmt þessari grein taka gildi á fyrsta degi næsta mánaðar á eftir þeim mánuði sem skrifleg beiðni (tölvupóstur eða bréf) um breytingu á samningnum berst, auk nauðsynlegra gagna, þannig að váttryggjandi geti lagt mat á þá breytingu sem óskað hefur verið eftir fyrir lok umrædds mánaðar. Ef váttryggjandi hafnar þeirri breytingu sem váttryggði óskar eftir samkvæmt ákvæðum þessara skilmála, helst váttryggingin óbreytt.
- Grein 17**
Réttahafar váttryggingarbóta
- Váttryggði er móttakandi og eigandi váttryggingarbóta, nema við andlát hans.
 - Ef það hefur verið umsamið í váttryggingasamningi að váttryggður atburður skuli vera andlát váttryggða, hefur váttryggingartaki rétt til að tilfegna réttahafa til greiðslu bóta með fullu nafni þeirra og kennitölu eða skráðu nafni fyrítækis

- og kennitölu.
- Á gildistíma váttryggingarinnar hefur váttryggingartaki rétt á að breyta rétt höfum til greiðslu váttryggingarbóta þar til váttryggður atburður hefur gerst. Ef váttryggingartaki er ekki sá sem er váttryggður, getur hann aðeins gert breytingar með samþykki váttryggða. Breyting á rétt höfum tekur gildi þegar tilkynning þess erfnis berst til váttryggjanda.
- Í því tilfelli þegar engin réttahafi hefur verið tilnefndur í váttryggingarsamningi þegar váttryggingaratburður gerist eru réttahafar ákvarðaðir samkvæmt gildandi ákvæðum laga.
 - Þegar um er að ræða andlát váttryggingartaka fá réttahafar greitt út að fullu endurkaupsverð tryggingarreiknings, þar með talið NOVIS tryggðarbónus, samkvæmt skiptingu ákveðinni af váttryggingartaka og lýst er í 2.tl. þessara greinar. Ef að réttahafi hefur ekki verið tilnefndur gilda ákvæði 3. tl. þessara greinar. Ef að váttryggingartaki er einnig hinn váttryggði í tilfelli andláts, fá réttahafar greitt andvirði tryggingarreiknings ásamt NOVIS tryggðarbónus auk váttryggingarfjárhæðar vegna andláts.
- Grein 18**
Upphaf og lok váttryggingarverndar Biðtími
- Váttryggingarvernd fyrir áhættuþáttinn „ andlát“ og fyrir áhættuþáttinn „varanleg örorka“ tekur gildi um leið og staðfesting á því að váttryggingarsamningur hafi tekið gildi hefur verið móttekin, en samt ekki fyrir dagsetningu tæknilegrar byrjunar sem tiltekin hefur verið í váttryggingarsamningnum.
 - Váttryggingarvernd fyrir áhættuþáttinn „alvarlegir sjúkdómar“ tekur gildi þremur mánuðum eftir gildistöku váttryggingarsamningsins (biðtími). Biðtíminn á ekki við ef váttryggingartaki hafði áður gilda sjúkdómatryggingu hjá öðru váttryggingarfélagi þar sem váttryggingarfjárhæð er að minnsta kosti sama upphæð og óskað er eftir í váttryggingarsamningnum.
 - Ef um er að ræða hækkun á váttryggingarfjárhæð fyrir áhættuþættina „alvarlegir sjúkdómar“ þá gildir þriggja mánaða biðtíminn fyrir þá hækkun. Á meðan á biðtímanum stendur gildir upphaflega váttryggingarfjárhæðin.
 - Ef sjúkdómur greinist samkvæmt skilningi 26. greinar þessara skilmála, þá setur váttryggjandi tveggja ára biðtíma fyrir greiningu annars sjúkdóms. Eftir að bótagreiðsla hefur farið fram vegna eins sjúkdóms,þá verður sá sjúkdómur undanþeginn váttryggingarvernd það sem eftir lifir af váttryggingarsamnings.
 - Lokadagsetning váttryggingarverndar vegna allra áhættuþátta er sú sama og dagsetning uppsagnar váttryggingasamningsins og það er aðeins mismunur á þessu ef váttryggingartaki hefur óskað eftir breytingu þess erfnis að segja upp samum af samþykktum og gildandi váttryggingarverndum, samkvæmt skilningi 16. greinar þessara skilmála.
- Grein 19**
Undantekningar varðandi váttryggingarbætur
- Fyrir váttryggingaráhættuna andlát: Svípti hinn váttryggði sig lífi innan 1 árs frá gildistöku váttryggingarsamningsins ber váttryggjandi ekki ábyrgð og engar bætur greiðast fyrir váttryggingaráhættuna andlát. Ef að váttryggingarfjárhæð vegna andláts er hækkuð að beiðni váttryggingartaka og hinn váttryggði svíptir sig lífi innan 1 árs frá gildistöku þeirrar hækkunar, ber váttryggjandi aðeins ábyrgð á bótum sem samsvarar váttryggingarfjárhæð andláts fyrir hækkunina.
 - Fyrir váttryggingaráhætturnar "Varanleg örorka" og "Alvarlegir sjúkdómar" eru eftirfarandi atvik eða aðstæður undanþeginn bótaskyldu:
 - Þátttaka í hernaðaraðgerðum,
 - Þátttaka í borgaruppreisn, byltingu eða uppþoti á vegum byltingarmanna,
 - Kjarnorkuslys eða styrjöld,
 - Slys sem orsakast af hjartaáfalli, heilaslagi eða

- flogakasti,
- Þátttaka í hryðjuverkum,
 - Smitsjúkdómur sem tekur til stórs landsvæðis og stórs hlutfalls af mannfjölda (faraldur),
 - Hreyfingar í liðum útlíma eða hryggs, slit eða tognun vöðva, liðbanda eða sina sem orsakast af því að lyfta eða færa hluti,
 - Líkamstjón af völdum jónandi geislavirkni eða kjarnorku,
 - Óhófleg notkun alkóhóls eða lyfja en lyfjanotkun samkvæmt lækni ráði, sem hluti af virkri lækni meðferð, er þó undanskilin,
 - Sjúkdómar eða rýmun á styrk sem valdið er af sjálfssdáðum, sjálfsskaði eða sjálfsvígðstíraun,
 - Áhrif orkugeisla með styrk yfir 100 volts, nifteindir frá hvaða orkuuppsprettu sem er, lasergeisla eða tilbúinna útfjölbúllra geisla. Ef geislun er framkvæmd í lækningaskyni af lækni, eða undir umsjón læknis, heldur váttryggingarverndin þó gildi sínu,
 - AIDS og HIV smit (beint eða óbeint) nema smitíð sé vegna faglegs starfs eða blóðgjafar á váttryggingartímanum,
 - Þátttaka váttryggðs í refsiverðum verknaði,
 - Flug hins váttryggða, nema hann fljúgi sem farþegi í áætlunar-eða leiguflugi á vegum aðila með tilskilin leyfi flugmálayfirvalda,
 - Hættulegar íþróttir eins og mótorsport, froskköfun, fjallaklifur, svifdrekaflug, fallhlífastökk, bardagaíþróttir, flúðasiglingar, teygjustökk og/eda íþróttir sem eru sambærilegar og eðlisskyldar,
 - Laseraðgerð á augum í fegurðar-eða þægindaskyni.
 - Eftirfarandi tegundir tognunar eru undanskildar bótaskyldu:
 - Háls,mjóbak og brjósthryggur, tognun á spjaldliðum, tognun á axlarliðum og olnbogum, tognun á úlnliðum, tognun á fingrum og tám, tognun á öklum, tognun á mjóðaki, tognun á hnjám, tognun á Chopart og Lisfranc liðum. Undanskilið er tognun á kinnkjálkalið sannað með röntgenmynd, tognun á hné sannað með liðspeglun og tognun á hné þar sem ástunga hefur reynt nauðsynleg og þar sem blæðing inn í liðinn hefur verið greind.
- Grein 20**
Gerðardómur lækna
- Trúnaðarlæknir váttryggjanda metur tjónskrofu og rétt uppgjör váttryggingarbóta. Ef ágreiningur rís milli váttryggða og váttryggjanda um rétt uppgjör váttryggingarbóta, skal skipaður þriggja manna gerðardómur sem samanstendur af tveimur læknum og dómsformanni, sem munu ákvarða váttryggingarbæturnar. Annar læknirinn er tilnefndur af váttryggjanda en hinn er tilnefndur af hinum váttryggða. Dómsformaðurinn er valinn af læknum tveimur sem hafa verið tilnefndir. Dómsformaðurinn skal vera sérfræðingur á viðkomandi læknisfræðilegu sviði. Ef læknamir eru ekki sammála um val á dómsformanni innan mánaðar frá skipun sinni, þá verður dómsformaður tilnefndur af Héraðsdómi Reykjavíkur.
 - Bæði váttryggjandi og váttryggði hafa rétt til að óska eftir úrskurði gerðardóms.
 - Hinum váttryggða ber skylda til að undirgangast lækni skoðun hjá læknum gerðardómsins og að samþykkja að hlýta öllum ráðstöfunum sem gerðardómurinn telur nauðsynlegar.
 - Kostnaður vegna gerðardómsins er borinn annað hvort af váttryggjanda eða hinum váttryggða, eftir því hvor óskaði eftir úrskurði gerðardómsins varðandi ágreiningin.

- determine the person entitled to the insurance benefit under the relevant legal provisions.
- In case of death of the policyholder the beneficiaries receive a full value of the insurance account incl. NOVIS Loyalty Bonus and it is paid out based on shares set by policyholder as described in point 2 of this article. If no beneficiaries can be determined, the provision of paragraph 3 of this article applies. If the policyholder is at the same time the insured party in the case of death, the beneficiaries are paid the value of the insurance account incl. NOVIS Loyalty Bonus as well as the insured sum for the death.
- Article 18**
Beginning and end of the insurance coverage, Waiting period
- The insurance coverage for the insurance risk "Death" and for the insurance risk "Permanent disability", comes into effect in the moment of receipt of the confirmation of the conclusion of the insurance contract, but not before the technical beginning specified in the insurance contract.
 - The insurance coverage for the insurance risk "Critical illnesses" becomes effective three months after the beginning of insurance (waiting period). The waiting period doesn't apply if the policyholder had an insurance coverage for critical illnesses previously with other insurance company for insured sum at least in the same amount as concluded in the insurance contract.
 - In case of the increase in the insured sum for "Critical illnesses", the new waiting period of three months applies for such an increase. During the new waiting period the original amount of the insured sum remains.
 - In the case of the diagnosis of a critical illness within the meaning of article 26 of these GTCs, the insurer applies a 2-year waiting period for the diagnosis of another critical illness. After diagnosing a critical illness for which an insurance benefit has been paid, this critical illness is excluded from the insurance coverage.
 - The end of the insurance coverage for all insurance risks is the same as the date of termination of the insurance contract, and it differs only if the policyholder requires, in the context of a modification of the insurance contract, to terminate some of the agreed insurance risks within the meaning of Article 16 of these GTCs.
- Article 19**
Exclusions of the insurance benefit
- For death risk: If the insured person commits suicide within 1 year from the beginning of the insurance coverage, the insurance benefit is denied. If the insured sum is increased and the insured person commits suicide within 1 year of the increase, the insurer pays the insurance benefit as agreed before the increase and only if the waiting period of 1 year from the beginning of the insurance coverage was met.
 - For the insurance covers „Permanent disability“ and „Critical illnesses“ the following events are excluded from insurance cover:
 - Participation in military intervention,
 - Participations in a revolt, a rebellion or in unrest on the side of the rebels,
 - Nuclear diseaster or military conflicts,
 - Accidents that have occurred as a result of myocardial infarction, stroke or epileptic seizure,
 - Participation in a terrorist action,
 - Epidemic disease affecting a large area and a significant proportion of the population (pandemic),
 - Movement of the joint of the limb or spine, and in case of rupture or strain of the muscles, tendos, ligaments or lozenges of the limbs or spine as a result of lifting or pulling objects,
 - Physical damage due to ionizing radiation or nuclear energy,
 - Excessive use of alcohol, drugs or medication, from which medications used under medical supervision are excluded,
 - Deliberate causing of an illness, decrease in strenght, a deliberate self-injury or a suicide attempt,

- Energy beam effects a strenght of at least 100 electron volts, neutrons of any energy, laser beams or artificially generated ultraviolet rays. If irradiation is performed for therapeutical purposes by a physician or under medical supervision, the full insurance coverage remains,
- AIDS and HIV infection (direct or indirect), other than HIV infection, asquired during exercise of profession, transfusion of blood or blood productsduring the duration of the insurance coverage,
- Intentional criminal act of the insured party,
- Flight if the insured person, which an exemptionwhen flying as a passanger (not as a crew member), in civil air vehicles authorized for the transport of passengers,
- Dangerous sports like motor racing, diving, mountain climbing, paragliding, parachuting, martial arts, rafting and bungee and any comparable activities which are similar in their nature,
- Corrective laser exe surgery for aesthetic reasons and for comfort improvement,
- From insurance benefits are excluded following kind of sprain: cervical, lumbar and thoracic spine, sprain of sacrocranial articulation, sprain of shoulder joint and elbow joint, sprain of wrist, sprain of fingers of lower and upper limbs, sprain of ankle, sprain of lumbar, sprain of knee, sprain of Chopart and Lisfranc joints. Except of sprain of maxillary joint with X-ray examination, sprain of knee with arthroscopy and sprain of knee with the necessary puncture and with detected hemarthrosis (bleeding into joint spaces).

Article 20
Medical committee

- A consulting doctor of the insurer evaluates claims and correct insurance benefits. In the case of different opinions of the insured party and the insurer on the type and extent of the insurance benefit, a medical committee consisting of two doctors and a chairman will decide on the insurance benefit. One doctor is appointed by the insurer to the medical committee and the other one by the insured party. The chairman is selected by these two doctors. The chairman should be an expert in the relevant medical issue. If the doctors do not agree on the appointment of the chairman within a month, at the request of the insurer or the insured party the chairman will be appointed by the Medical Chamber.
- Both the insured party and insurer have the right to request the decision of the medical committee.
- The insured party is obligated to be examined by the doctors of the committee and to comply with all measures which this committee consideres necessary.
- Costs of the medical committee are borne either by the insurer or the insured party, depending on who requested the investigation of the state of health by the medical committee.

SECOND PART

Provisions on the Insurance Risks

1. Death

Article 21
Insured event

- The insured event of the insurance risk "Death" is the death of the insured party during the insurance period, unless the insurance cover has expired for other reasons. The death of the insured party must be notified to the insurer without undue delay and the following documents have to be presented to the insurer:
 - notarized death certificate of the insured party,
 - any medical and official evidence and information to clarify the insured event.
- The sum insured for death reduces by 10% yearly, from the sum

ANNAR HLUTI

Ákvæði um váttryggingarvernd

1. Andlát

- Grein 21**
Váttryggingaratburður
- Pegar váttryggingaratburður er „andlát“ er það andlát váttryggðs á gildistíma váttryggingarinnar, nema váttryggingin hafi fallið úr gildi af öðrum ástæðum. Andlát váttryggðs verður að tilkynna svo fljótt sem auðið er til váttryggjanda og eftirfarandi gögn þurfa að fylgja til váttryggjanda:

- a) staðfest dánarvottorð váttryggðs frá Sýslumanni.
 - b) öll læknisfræðileg gögn, opinber gögn og upplýsingar til að skýra váttryggingaratburðinn.
- Váttryggingarfjárhæð fyrir „andlát“ lækkar árlega um 10% frá váttryggingarfjárhæð fyrra árs, þegar hinn váttryggði nær 65 ára aldri (miðað við afmælisdag).

2. Varanleg örorka

- Grein 22**
Skilgreining slyss og sjúkdóma
- Slys er líkamlegur áverki eða andlát, sem orsakast vegna áhrifa óvænts, skyndilegs, harkalegs og einstaks utanaðkomandi atburðar.
 - Barnalömun og veiruheilabólga sem berst með blóðmíttum eru álítið slys ásamt stífkrampa og hundaðði sem hefur orsakast af smiti vegna áverka.
 - Eftirfarandi atburðir sem gerast án vilja hins váttryggða og valda varanlegum líkamlegum skaða eða dauða eru skilgreindir sem slys:
 - drukknun,
 - bruni, húðbruni, bruni vegna áhrifa frá eldingu eða rafstraumi,
 - skyndileg og óvítandi innöndun á gasi eða gufum, skyndileg og óvænt inn taka eiturefna eða ætandi efna.

- Eftirfarandi er ekki álitð slys:
 - sjálfsvíg eða tilraun til sjálfsvigs,
 - visvitandi sjálfskaði,
 - hjartaáfall,
 - versnun sjúkdóms vegna slyss,
 - áverki á líffærum sem hafa orðið fyrir skemmdum (t.d. hásin og liðþófi) vegna smávægilegs, óbeins harkalegs atburðar,
 - innvortis skaði á líkama vegna lyftinga og flutnings hluta.
- Sjúkdómur telst vera veikindi eða sjúkdómsástand hins váttryggða sem ekki orsakast af slysi.

- Grein 23**
Váttryggður atburður og váttryggingarbætur
- Pegar váttryggingaratburður er „varanleg örorka“ er það sjúkdómur eða slys váttryggðs á gildistíma váttryggingarinnar, sem veður hinum váttryggða varanlegri læknisfræðilegri örorku, nema að váttryggingin hafið fallið úr gildi af öðrum ástæðum. Lágmarks bótaskilyd varanleg örorka er 15% vegna slyss en 25% vegna sjúkdóms. Örorkustig getur aldrei orðið hærra en 100%.
 - Ef váttryggingaratburður verður greiðir váttryggiandi bætur vegna varanlegrar örorku í hlutfalli við það örorkustig sem talið er rétt af viðurkenndum lækni eða gerðardómi lækna sbr. gr. 20, og váttryggingarfjárhæð sem í gildi er þegar váttryggingaratburður hendir.
 - Váttryggingarvernd fyrir varanlega örorku fellur niður þegar hinn váttryggði verður 67 ára (á afmælisdegi) og ekkert áhættuðgjald fyrir verndina er dregið frá tryggingarreikning eftir það.

- Grein 24**
Nánar um greiðslu váttryggingarbóta

Greiðsla bóta fyrir varanlega örorku er háð eftirfarandi reglum:

- Örorkustig er ákvarðað í samræmi við miskatöflur útgefnum af Íslensku Örorkunefndinni. Ef að líkamsástand er ekki tiltekið í

- töflunum skal tekið tillit til sambærilegra og viðurkenndra erlendra bótatafna.
- Bætur vegna varanlegrar örorku taka ekki tillit til starfs, menntunar, sérstakrar hæfni eða þjóðfélagsstöðu hins váttryggða (læknisfræðileg örorka).
- Varanleg örorku er talin hafa orðið ef hinn váttryggði hefur ekki jafnað sig af slysi eða sjúkdóm og viðurkenndur læknir telur að það líkamsástand sé orðið varanlegt.
- Örorkumat getur fyrst farið fram þegar líkamsástand hins váttryggða er orðið stöðugt og ekki er málefnaleg von til þess að batni. Örorkumat skal þó fara fram þegar að lágmarki 1 ár er liðið frá slysaatburð eða upphafi sjúkdómseinkenna.
- Í því tilfelli að hinn váttryggði lendir í fleiri en einum váttryggingaratburð með mismunandi afleiðingum þá fer fram heldarmat sem stýðst við samanlagt örorkustig vegna allra atburða, sem getur þó ekki farið yfir 100%.
- Ef hinn váttryggði hefur hlotið varanlegar afleiðingar af slysi eða sjúkdómi, og þessar afleiðingar snerta hluta líkamans eða líffæra hans sem einhverra hluta vegna voru ekki heilbrigð fyrir váttryggingaratburð, mun váttryggiandi lækka bætur fyrir þann váttryggingaratburð sem samsvarar því líkamsástandi sem var fyrir. Ef það það er von til þess að líkamlegt ástand hins váttryggða megi bæta með aðgerð eða öðrum læknisfræðilegum aðferðum, og hinn váttryggði neitar að gangast undir slíka meðferð án málefnalega ástæðna, skal örorkumat taka tillit til þess bata sem slík meðferð hefði mögulega geta haft í för með sér.
- Örorkumati getur verið frestað að mati læknis vegna þess að líkamsástand getur batnað en þó ekki lengur en í 3 ár frá slysdegi eða byrjun einkenna sjúkdóms. Ef örorkumat er ekki framkvæmt innan þessara 3 ára glatar hinn váttryggði rétt til bóta.
- Hinn váttryggði skal tilkynna váttryggjanda þjónskrófu sína án astæðulauss dráttar en þó ekki síðar en 1 ári eftir að hinn váttryggði vissi um atvik þau sem hún er reist ár. Misbrestur á slíkri tilkynningu veður brottfalli á bótaskilyldu váttryggjanda.

3. Alvarlegir sjúkdómar

- Grein 25**
Váttryggingaratburður og réttur til váttryggingabóta
- Váttryggingaratburður samkvæmt váttryggingaráhættunni "Alvarlegir sjúkdómar" er greining á bótaskilydum sjúkdóm.
 - Í því tilfelli þegar hinn váttryggði er foreldri, þá eru börn hins váttryggða frá aldrinum 3ja mánaða til 18 ára sjálfkrafa váttryggð í váttryggingavermindinni „Alvarlegir sjúkdómar og skurðaðgerðir“ að upphæð 30% af váttryggingarfjárhæð foreldris allt að 30.000 €. Sjúkdómar og sjúklegt ástand barns, sem var greint áður en váttryggingin tók gildi, er undanskilið úr þessari váttryggingu.

- Grein 26**
Skilgreining bótaskilydra sjúkdóma
- Ef einhver eftirtalinna sjúkdóma greinist og hinn váttryggði hefur ekki náð 65 ára aldri (miðað við afmælisdag), þá greiðist 100% vefjafræðilegri gerð. Greining verður að vera staðfest með vefjagreiningu eða ef um er að ræða kerfisbundin krabbamein – frumfræðilegri staðfestingu. Váttryggingarfjárhæð vegna „Alvarlega sjúkdóma“ lækkar um 10% á ári, frá váttryggingarfjárhæð fyrra árs, þegar hinn váttryggði nær 65 ára aldri (miðað við afmælisdag).
- Váttryggingarvernd fyrir "Alvarlega sjúkdóma" á við um greiningu eftirtalinna alvarlega sjúkdóma:
 - Hjartadrep,
 - Hjáveituaðgerð,
 - Krabbamein,
 - Heilablæðing,
 - Nýrnaþilun,
 - Líffæraígræðsla,
 - Heila- og mænisigg (MS),
 - Lömun,
 - Blinda,
 - Lífsnauðsynleg umönnun,

- HIV smit vegna áhættustarfa,
- HIV smit vegna blóðgjafar eða inngjöf blóðafurða,
- Parkinson’s sjúkdómur,
- Alzheimer’s sjúkdómur,
- Göðkynja heilæxli,
- Heymarleysi,
- Lungnasjúkdómur á háu stigi,
- Missir máls,
- Skípti á hjartaloku,
- Ósæðaraðgerð,
- Dá,
- Heiladauði (algjör frumudauði heilabarkar),
- Frumstig lungnaháprýstings,
- Blóðleysi vegna skerðingar í starfsemi beinmergs (blóðleysi vegna vanframléiðslu).
- Hreyfitaugungahrörmun (Motor Neurone Disease)
- Útlímamissir
- Eyðniveirusmit vegna blóðgjafar, vegna árásar eða vegna tiltekinna starfa
- Þriðja stigs bruni
- Heilahimnubólga af völdum bakteríusýkingar (Bacterial Meningitis)
- Alvarlegur höfuðáverki sem skerðir heilastarfsemi

2. Nákvæm skilgreining sjúkdóma

2.1 Hjartadrep

- Óafturkræft drep í hjartavöðva vegna bráðrar lokunnar kransæðar. Greiningu verða að fylgja eftirfarandi einkenni:
- Dæmigerður miðbrjóstverkur sem gefur til kynna hjartaáfall.
 - Hækkun hjarta lífmarka, þar með talinn CK-MB hæri en almennt viðurkennt sem eðlilegt gildi á rannsóknarstofum eða hjartatrúþónín T eða I 500ng/L eða hærra.
 - Nýtt hjartalínurit sem sýnir breytingar vegna drepis.
 - Sönnun á minnkaðri starfsemi í vinstri slegli, eins og til dæmis minnkaður sleglahraði í vinstri slegli eða alvarleg vanhreyfni, hreyfifregða eða afbrigðilegar hreyfingar hjartaveggs.

Hljóðlát hjartadrep þar sem dæmigerð læknisfræðileg einkenni hjartadrepis eru ekki augljós eða finnast ekki, er undanskilið. Hægt er að óska eftir greiðslu bóta þegar greining sjúkdóms hefur verið staðfest af hjartasérfræðingi.

2.2 Hjáveituaðgerð

Framkvæmd opinnar skurðaðgerðar þar sem þrengisli eða lokun tveggja eða fleiri kransæða er lögðu með hjáveituigræðslu hjá þeim sem hafa fengið afmörkuð einkenni hjartakveisu. Aðgerð þar sem ekki er um að ræða opnun á brjóstholi (hjartaþræðing, vikkun með blöðu, leiser aðgerð) og framkvæmd hjartalokuaðgerðar án notkunar gervilliferis, flokkast ekki undir það að vera „bótaskilydir sjúkdómar“. Bótakrafa myndast eftir að aðgerðin hefur verið gerð.

2.3 Krabbamein

Allir illkynja sjúkdómar sem einkennast af stjómlausum vexti og dreifingu illkynja fruma sem eru ífarandi í vefi af mismunandi vefjafræðilegri gerð. Greining verður að vera staðfest með vefjagreiningu eða ef um er að ræða kerfisbundin krabbamein – frumfræðilegri staðfestingu. Samkvæmt ofangreindri skilgreiningu eru eftirtaldin krabbamein ekki tryggð:

- Staðbundin krabbamein
- Illkynja sjúkdómur í húð nema illkynja sortuæxli sem hefur ráðist inn fyrir húðþekjuna
- Illkynja sjúkdómar í biðruhálskirtli nema það hafi þróast til að minnsta kosti TNM flokkun T2NOMO
- Öll totuþekjuvefskrabbamein í skjaldkirtli nema það hafi þróast í að minnsta kosti TNM flokkun T2NOMO
- Allir Hodgkins sjúkdómar og ekki-Hodgkin’s sjúkdómar nema þeir hafi þróast í að minnsta kosti í Ann Arbor flokkun, stig 2
- Allt hvítblæði sem hefur ekki orsakað blóðleysi
- Öll æxli í meltingarvegi nema þau hafi þróast að minnsta kosti í TNM flokkun stig T2NOMO eða hafi mítösu hlutfall > 5/50 hpf.

General Terms and Conditions for the Insurance Product NOVIS „Life Savings Plan“

insured in preceding year, when the insure becovers 65 year old (by birthday).

2. Permanent disability

- Article 22**
Definition of an accident and sickness
- An accident refers to physical injury or death, which was caused by unexpected, sudden, violent and single impact of external influence.
 - A tick-borne childhood paralysis and meningoencephalitis is considered an accident as well as tetanus and rabies caused by infection during injury.
 - The following events, independent of the will of insured party,causing permanent physical damage or death are considered an accident:
 - Drowning,
 - Burns, scalding, effect of lightning strike or electric current,
 - Sudden and unconscious inhalation of gases or vapors, sudden and unintentional ingestion of toxic or corrosive substances.
 - The following is not considered an accident:
 - Suicide or suicide attempt,
 - Deliberate self-injury,
 - Myocardial infarction,
 - Degradation of an illness due to an accident,
 - Injury of degenerative changed organs (e.g.Achilles’ tendon and meniscus) by a small indirect violent impact,
 - Internal physical damage due to lifting and moving objects.
 - A Sickness is an illness or adverse physical state which is not caused by an accident.

- Article 23**
Insured event and insurance benefits
- When the insured event is „Permanent disability“ it is a accident or sickness of the insured, during the period of the policy which results in permanent disability, unless the insurance cover has ceased due to other circumstances. Minimum covered permanent disability is 15% due to accident and 25% due to sickness. Permanent disability can never be higher than 100%.
 - If an insured event occurs, the insurer will pay compensation in proportion to the ratio of permanent disability as evaluated by a qualified doctor or the medical committee as per art. 20, and the sum insured which is valid on the day of the event.
 - Insurance cover for „Permanent disability“ ceases when the insured becomes 67 year old (by birthday) and no risk premium is deducted from the insurance account thereafter.

- Article 24**
Further on insurance benefits

Compensation for permanent disability is subject to the folloing rules:

- Percentage of permanent disability is determined in accordance with tables issued by the Icelandic Disability Committe (Miskastig Örorkunefndar). The relevant medical condition is not included in the tables, its evaluation shall be determined in conjunction to the tables or other recognized and comparable tables.
- The permanent disability does not take into account occupation, education, special skills or social status of the insured.
- Permanent disability is deemed to have occurred if the insured does not recover from his injuries or sickness and a qualified doctor confirms that physical consequence of such accident or sickness are permanent.
- Medical evaluation for permanent disability can first be determined when the insured physical condition is stable and with no reasonable possibility to improve. Such evaluation can however only be performed when at least 1 year has passed since date of accident or emergence of sickness.
- In the case that the insured party suffers several permanent

- consequences of a different kind due to single accident or sickness or combination of both, the overall consequences are assessed based on the sum of the percentages of individual consequences, but not more than 100% in total.
- If the insured party has suffered permanent consequences due to an accident or sickness and these permanent consequences concern a part of the body or an organ, whose function was for any reason already reduced before this accident, the insurer will lower the percentage for the extent of the permanent consequences due to an accident or sickness, by the amount corresponding to the percentage of the previous injury.
- If there is a possibility that the insured physical condition can be improved by surgery or other accepted medical treatments, and the insured refuses to undergo such treatments without reasonable excuses, the medical evaluation shall take into account the possible improvements that such treatments might provide.
- Medical evaluation can be postponed as deemed necessary by medical experience and possibility on further improvements but not any longer than 3 years from date of accident or emergence of sickness. If medical evaluation is not performed within these three years to insured loses his right to compensation.
- The insured must notify the insurer about his claim as soon as possible but at latest within 1 year from the point in time when he had information about the events leading to his claim.

3. Critical illness

- Article 25**
Insured event and right to insurance benefit
- An insured event of the insurance risk „Critical illnesses“ is the diagnosis of covered illness.
 - In case the person insured is a parent, his/her children aged from 3 months to 18 years are automatically insured for the diagnosis of a critical illness in the amount of 30% of the insured sum of their parent amounting up to 30 000 €. Pre-existing conditions of critical illnesses are excluded from this coverage.

- Article 26**
Definitions of covered illnesses

If one of the following critical illnesses is diagnosed and in case the insured party does not exceed 65 years 100% of the insurance sum for the insurance risk of the „Critical illness“ will be paid to the insured party. Sum insured for „Critical illnesses“ decreases by 10% yearly from preceding year, when the insured becomes 65 year old (by birthday).

- The insurance cover „Critical Illnesses“ refers to diagnosis of the following critical illnesses
 - Myocardial infarction,
 - Bypass operation,
 - Cancer,
 - Stroke,
 - Kidney failure,
 - Transplantation of organs,
 - Multiple sclerosis,
 - Paralysis,
 - Blindness,
 - Essential care,
 - HIV infection caused by the occupational exposure,
 - HIV infection caused by the blood transfusion or transfusion of blood products,
 - Parkinson’s disease,
 - Alzheimer’s disease,
 - Benign brain tumor,
 - Deafness,
 - Advanced stage of a lung disease,
 - Speech loss,
 - Replacement of the heart valve,
 - Operation on the aorta,
 - Coma,

- Apallic syndrome (total cell death of the brain cortex),
- Primary pulmonary hypertension,
- Anemia caused by impairment of the bone marrow (aplastic anemia),
- Motor neuron disease before the age of 60,
- Loss of limbs,
- HIV infection in blood transfusions, due to physical assaults, or in the performance of certain tasks,
- Third degree burns,
- Bacterial meningitis,
- Serious head wounds which causes a injury and interference the function of the brain.

2. Detailed characteristics of the covered critical illnesses

- 2.1 Myocardial infarction**
Irreversible damage to a part of the heart muscle by acute shut-off of the coronary artery. The diagnosis must be confirmed by the following characteristics:
 - Typical central chest pain suggestive of Heart Attack,
 - Elevation of cardiac biomarkers, including CK-MB above the generally accepted normal laboratory levels or Cardiac Troponin T or I at 500ng/L and above,
 - New ECG changes of infarction,
 - Proof of reduction in left ventricular function, such as reduced left ventricular ejection fraction or significant hypokinesia, akinesia, or wall motion abnormalities.

Silent myocardial infarction in which the typical clinical symptoms for a myocardial infarction are not apparent or cannot be traced is excluded.

The request for an insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by a cardiology clinic or a cardiology specialist.

- 2.2 Bypass operation**
The performance of an open heart surgical procedure in which the narrowing or shut off of two or more coronary arteries is remedied by a bypass implant in persons with circumscribed angina pectoris symptoms. The procedure of an operation without opening of the thorax (angioplasty, balloon dilation, laser operation) and the performance of valve operations without the use of prostheses are not critical illnesses. The requirement for an insurance benefit arises after the operation is performed.

- 2.3 Cancer**
Any malignant disease characterized by uncontrolled growth and spread of malignant cells invading tissue of different histological type. The diagnosis must be supported by histological or – in case of systematic cancers – cytological evidence.

- For the above definition, the following are not covered:
 - Cancer in situ
 - Malignant diseases of the skin other than malignant melanoma that has caused invasion beyond the epidermis
 - Malignant diseases of the prostate unless having progressed to at least TNM classification T2NOMO
 - Any papillary carcinoma of the thyroid unless having progressed to at least TNM classification T2NOMO
 - Any Hodgkin’s disease and non-Hodgkin’s disease unless having progressed to at least Ann Arbor classification Stage 2
 - Any leukaemia that has not caused anaemia
 - Any gastrointestinal stromal tumour unless having progressed to at least TNM classification stage T2NOMO or having a mitotic rate > 5 per 50 hpf

For the sake of clarification any disease or condition described or classified as any one of the following is not deemed to be cancer for the above definition:

 - Pre-malignant
 - Non-invasive
 - Having borderline malignancy or low malignant potential
 - Cervical dysplasia CIN-1, CIN-2 or CIN-3

Almennir skilmálar og skilyrði váttryggingarinnar Söfnunarlíftrygging NOVIS „Life Savings Plan“

slysaáverka. Engar bætur eru greiddar ef það er almennt álit lækna að heymartækni, tæki eða ígræðsla gætu endurheimt hluta eða fulla heym. Greiningin verður að vera staðfest af sérfræðingi í háls-, nef- og eyrnalækningum og vera staðfest með heymarmælingu.

2.17 Langt genginn lungnasjúkdómur

Er alvarleg og varanleg skemmd á virkni öndunarfæra sem verður að vera staðfest af sérfræðingi og uppfylla eftirfarandi skilyrði:

- a) Varanleg minnkun á FEV 1 (öndunarhraða á mínútu undir álagi) til minna en 1 líter á mínútu.
- b) Varanleg minnkun á slagæðarþrýstingi að hluta sem er 02 fyrir neðan 55 mmHg.
- c) Þörf fyrir varanlega súrefnisgjöf.

2.18 Missir máls

Alger og óafturkræfur missir máls vegna slysaáverka eða sjúkdóms í raddböndum. Ástandið verður að hafa verið greint af sérfræðingi í háls-, nef-, og eyrnalækningum og hafa verið viðvarandi í það minnsta í 6 mánuði. Missir máls sem á rætur að rekja til andlegs ástands er ekki bótaskyldur atburður.

2.19 Hjartalokuskipti

Skipti á einni eða fleiri hjartalokum þar sem gervilokur eru settar í staðinn fyrir lokumar vegna þrænginga (stenosis), galla eða sameiginlegra áhrifa þessara þátta. Bæturmar ná einnig til skipta á ósæðarloku, miturloku, lungnastofnsloku eða þriðjökuloku með ígræðslu gerviloka. Skipti á loku verða að vera staðfest af sérfræðingi. Eftirtalið er ekki bótaskylt: lagfæring á hjartaloku, lokuskurður og lýtalækning á loku. Réttur til bóta myndast eftir að aðgerðin hefur verið gerð, þar sem nauðsyn aðgerðarinnar verður að vera staðfest af sérfræðingi.

2.20 Ósæðaraðgerð

Aðgerð sem nauðsynlegt er að framkvæma til að lækna langvarandi sjúkdóm í ósæð og er gerð með ígræðslu til að skipta um sýkta ósæð með. Ósæð á við þann hluta ósæðarinnar sem er innan brjóst- og kviðarhol, en ekki greinar hennar. Réttur til váttryggingarbóta myndast eftir að skurðaðgerð hefur verið gerð og nauðsyn hennar verið staðfest með öyggjandi hætti af hjartasérfræðingi eða æðaskurðlækni. Aðgerð sem framkvæmd er án þess að brjósthol eða kviðarhol sé opnað (hjartaþræðing, blöðru útvikkun, laser aðgerð) ásamt viðgerðum á greinum ósæðarinnar (t.d. hálsslagæð, nýrnaslagæð) eru ekki bótaskyldar aðgerðir.

2.21 Dá

Er samfelt meðvitundarleysi sem varir að minnsta kosti 96 stundir án viðbragða við utanaðkomandi áreiti, þar sem nauðsynlegt reynist að nota lækningartæki til að viðhalda grundvallar lífsfarfsemi og veldur varanlegum taugaskaða, sem taugasérfræðingur hefur eftirlit með í að minnsta kosti þrjá mánuði. Réttur til bótagreiðslu myndast þegar greining staðfest af taugasérfræðingi liggur fyrir og er hún gerð í fyrsta lagi þremur mánuðum eftir að dáið hófst.

2.22 Heiladauði (aldauði frumna í heilaberki)

Aldauði frumna í heilaberki með áframhaldandi starfsemi í heilastofni. Sjúkdómsgreiningin verður að vera staðfest af sérfræðingi og sannreynd með sneiðmyndatöku (CT) og segulömun (MRI) af heilanum og sjúklingur þarf að hafa verið undir eftirliti lækna vegna þessa í að minnsta kosti einn mánuð.

2.23 Sjálfvakinn lungnaháprýstingur

Ástand þar sem meðalþrýstingur í lungum fer umfram gildi 20 mmHg í liggjandi hviðarstöðu vegna sjálfvakinna skemmda á lungnaslagæðinni. Sjúkdómsgreiningin verður að vera greinilega staðfest af sérfræðingi byggð á hjartaþræðingu þar sem sést að þrýstingur í lungnaslagæðinni er yfir 20 mmHg ásamt merki um háþrýsting eða útvikkun hægra hjartahófs og merki um hjartabilun í hægri slegli þarf að vera skráð og verður að hafa verið viðvarandi í þrjá mánuði hið minnsta.

2.24 Blóðleysi af völdum skemmdar í beinmerg (aplastic anemia)

Greiningin verður að vera staðfest af sérfræðingi og byggð á vefjasýni úr beinmerg. Blóðkomablóðleysi, dauftyringafæð og blóðflagnafæð þarf að staðfesta með blóðkomatalningu og þörf verður að vera á eftirfarandi meðferðum: ónámisbælandi meðferð, meðferð með beinmergsörvandi efni í að minnsta kosti þrjá mánuði, blóðgjafarmeðferð.

2.25 Hreyfitaugungahrömun (Motor Neurone Disease) fyrir 60 ára aldur

Aldrátarlaus greining á hreyfitaugungahrömun fyrir 60 ára aldur. Greiningin þarf að vera staðfest af sérfræðingi í taugasjúkdómum.

2.26 Útlíamissir

Varanlegur missir tveggja eða fleiri útlíma ofan úlnliðs eða öklaliðs.

2.27 Eyðniveirusmit vegna blóðgjafar, vegna árársar eða vegna tiltekinnna starfa

Smit váttryggðs af völdu eyðniveiru, eða greining váttryggðs með sjúkdóminn eyðni, sem rekja má til eftirfarandi orsaka:

- Blóðgjafar sem hluta af viðurkenndri læknismeðferð.
- Líkamlegrar árársar á váttryggðan.
- Atburður í starfi váttryggðs sem heilbrigðisstarfsmanns, slökkviliðsmanns, sjúkraf lutningamanns eða lögreglu.

- Atburður sá sem veldur smíti eyðniveiru verður að hafa átt sér stað á gildistíma váttryggingarinnar og uppfylla öll eftirfarandi skilyrði:
 - Tilkynna þarf atburðinn til viðeigandi yfirvalda og rannsókn á honum þarf að eiga sér stað með viðurkenndum aðferðum.
 - Eigi atburður sér stað vegna árársar eða atvika í starfi, þá þarf að framvísa neikvæðu eyðniþrófi sem tekið er innan 5 daga frá atburð.
 - Framvísa skal jákvæðu eyðniþrófi teknu innan 12 mánaða frá atburð, sem staðfestir smit eyðniveiru.
 - Atburður þarf að eiga sér stað á Íslandi.

Váttryggingin bætir ekki eyðnismit af neinum öðrum orsökum s.s. vegna neins konar kynhegðunar eða eiturfýfjanoftunar.

2.28 Þriðja stigs bruni

Þriðja stigs bruni sem þekur að minnsta kosti 20% af húðyfirborði hins váttryggða, staðfestur af sérfræðing á því sviði.

2.29 Heilahnubólga af völdum bakteriusýkingar (Bacterial Meningitis)

Bakteriusýking og bólga í heilahnmu eða mænu sem staðfest hefur verið af sérfræðingi í taugasjúkdómum með blóð- og mænuvökvarannsóknum, tölvusneiðmyndum (CT) eða segulömskoðun (MRI) af höfði. Sjúkdómurinn verður að hafa leitt til varanlegs óhæfis til þess að framkvæma sjálfstætt þrjár eða fleiri athafnir daglegs lífs (ADL), baða sig, klæðast, afklæðast, fara á og nota salemi, fara úr rúmi í stól eða úr stóli í rúm, hafa stjórn á hægðum og þvaglátum, borða, drekka og taka lyf eða verður að hafa leitt til varanlegrar rúmlegu og óhæfis til að fara á fætur án utanaðkomandi aðstoðar. Þetta ástand skal hafa varað í a.m.k. þrjá mánuði samkvæmt læknisfræðilegri staðfestingu.

2.30 Alvarlegur höfuðáverki sem skerðir heilastarfsemi

Alvarlegur áverki á höfði sem veldur truflun í heilastarfsemi. Greining þarf að vera staðfest af sérfræðingi og niðurstöðum myndgreiningar á taugakerfi t.d. tölvusneiðmyndar (CT) eða segulömskoðunar (MRI). Áverkin verður að hafa leitt til varanlegs óhæfis til þess að framkvæma sjálfstætt þrjár eða fleiri athafnir daglegs lífs (ADL), baða sig, klæðast, afklæðast, fara á og nota salemi, fara úr rúmi í stól eða úr stóli í rúm, hafa stjórn á hægðum og þvaglátum, borða, drekka og taka lyf eða verður að hafa leitt til varanlegrar rúmlegu og óhæfis til að fara á fætur án utanaðkomandi aðstoðar. Það skal vera læknisfræðilega staðfest að ástand þetta hafi varað í a.m.k. þrjá mánuði.

Grein 27

Nánar um greiðslu váttryggingarbóta

- Þegar réttur til váttryggingarbóta er nýttur, þarf váttryggður að leggja fram eftirfarandi:
 - Lýsingu váttryggingaratburðar á sérstökum eyðublöðum frá váttryggjanda.
 - Um leið þarf að leggja fram nákvæma læknaskýrslu frá lækni sem hefur haft viðkomandi til meðferðar eða hefur váttryggða til meðferðar vegna þessa, þar sem fram kemur upphaf, tegund og framgangur sjúkdóms eða slyss. Einnig þarf að leggja fram skýrslur frá sjúkrastofnunum og endurhæfingastofnunum sem hafa meðhöndlað váttryggða áður en váttryggingaratburður gerðist.
- Ef um er að ræða að alvarlegur sjúkdómur greinist utan Íslands, þá getur váttryggjandi óskað eftir skjöldum til að gera lækni innan Íslands kleift að að ákvarða tjónsatburð, á kostnað váttryggðs.
- Þegar bótakrafa er gerð getur váttryggjandi óskað eftir frekari lækni­sskoðunum hjá viðurkenndum lækni/læknum. Váttryggður gefur lækni, sjúkrahúsi eða öðrum sjúkrastofnunum þar sem hann hefur verið, er eða mun verða til meðferðar hjá, leyfi til að veita fullar upplýsingar til váttryggjanda og leysir þá þar með undan þagnarskyldu heilbrigðisstétta.
- Hinn váttryggði skal tilkynna váttryggjanda tjónskrófu sína án astæðulauss dráttar en þó ekki síðar en 1 ári eftir að hinn váttryggði vissi um atvik þau sem hún er reist ár. Misbrestur á slíkri tilkynningu veldur brottfalli á bótaskyldu váttryggjanda.

ÞRIÐJI HLUTI Ævilangur lífeyrir og lokaákvæði samningsins

Grein 28 Ævilangur lífeyrir

Váttryggingartaki hefur rétt til þess hvenær sem er að breyta hluta af inneign sinni á tryggingareikningi í ævilangan lífeyri fyrir sjálfan sig eða annan váttryggðan aðila. Skilmálar fyrir greiðslu ævilangs lífeyris eru samþykktir með undirritun eyðublaðs fyrir breytingar á váttryggingasamningi. Sérstakir váttryggingarskilmálar gilda um ævilangan lífeyri.

Grein 29 Reglur um tilkynningar

- Ef samskipti eiga sér stað með sendingu tölvupósts samkvæmt skilgreiningu í grein 3.3, er talið að tölvupósturinn hafi verið afhendur á þeim degi sem hann var sendur, nema í því tilfelli þegar tölvupóstur hefur verið endursendur sem ósendanlegur.
- Talið er að skjöl hafi verið send váttryggjanda á þeim degi sem þau eru móttekin af váttryggjanda.

Grein 30 Meðferð kvartana

- Allir viðskiptavinir, væntanlegir viðskiptavinir eða fulltrúar þeirra sem hafa til þess bært umboð eiga rétt á að leggja fram kærur/kvörtun („kærandi“).
- Talið er að kæra hafi verið lögð fram ef hún er lögð fram af kæranda þar sem hann lýsir því að hann sé ósáttur við nákvæmni og gæði þeirrar þjónustu sem váttryggjandi veitir. Innlög kvörtunar er ekki talin vera kæra ef innihaldið er um áverka, yfrýsingu, skoðun, beiðni, frumkvæði eða tillögu.
- Leggja má fram kæruna skriflega með því að senda hana til höfuðstöðva váttryggjanda, í gegnum dreifingaraðila, viðskiptafélag­a eða með tölvupósti á fyrirspurnir@novis.eu.
- Það verður að vera skýrt í kærunni hver það er sem leggur fram kæruna og yfir hverju sé kvartað. Tími til afgreiðslu kærunnar er takmarkaður við 30 daga frá þeim degi þegar kvörtunin er afhent váttryggjanda, en í rökstuddum tilvikum, sérstaklega ef lausn málsins byggist á yfirýsingu þriðja aðila, þá er hægt að lengja tímann að hámarki upp í 60 daga frá móttöku kærunnar.Ástæða fyrir framlengingu frestsins verður tilkynnt til kæranda.

General Terms and Conditions for the Insurance Product NOVIS „Life Savings Plan“

2.18 Speech loss

Complete and irreversible speech loss due to an accident or a disease of the vocal cords. The condition must be confirmed by an ENT specialist and recognized for at least 6 months. The loss of speech of a psychogenic origin is not an insured event.

2.19 Replacement of the heart valve

Surgical replacement of one or more heart valves by artificial heart valves due to narrowing (stenosis), deficiency or a combination of these factors. The benefit includes the replacement of the aortic, mitral, pulmonary or tricuspid valve with an artificial valve. The replacement must be confirmed by a specialist. Not considered an insured event are: modification of the heart valve, valvulotomy and plastic surgery on a valve. The claim to an insurance benefit arises after the performance of the operation, where its indispensability must be confirmed by a cardiologist.

2.20 Operation on the aorta

An operation that is essential to resolve chronic disease of the aorta in which it is necessary to perform an incision and replace the affected aorta with a graft. The aorta itself refers to the thoracic and abdominal aorta, not its branches. The right to an insurance benefit arises after the surgery is performed and its indispensability must be reliably confirmed by a cardiologist or vascular surgeon. The performance of a procedure without chest or abdominal opening (angioplasty, balloon dilation, laser surgery) and the performance of a procedure on the branches of the aorta (e.g. the carotid artery, the renal artery) are not considered critical illnesses.

2.21 Coma

A continuous loss of consciousness for at least 96 hours without a reaction to external stimulants and inner needs, whereby it is necessary to use medical equipment to ensure basic vital functions, resulting in permanent neurological damage, which is followed by a neurologist for at least three months. The entitlement to an insurance benefit arises with the diagnosis confirmed by a neurologist, which must be made at the earliest three months after the start of the coma.

2.22 Apallic Syndrome (total cell death of the brain cortex)

Total cell death of the brain cortex with the preservation of the functions of the brain stem. The diagnosis must be confirmed by a specialist and documented by a CT and MRI of the brain whereby the condition must have been under medical observation for at least one month.

2.23 Primary pulmonary hypertension

Condition in which the average pressure in the lungs exceeds the value of 20 mmHg while lying at rest due to primary damage to the pulmonary arterioles. The diagnosis must be clearly confirmed by a specialist based on cardiac catheterization with the finding of a value of the average pressure in the pulmonary artery of over 20 mmHg and the findings of hypertrophy or dilation of the right chamber and with signs of right-sided heart failure must be medically documented and must persist for at least three months.

2.24 Anemia caused by the impairment of bone marrow (aplastic anemia)

The diagnosis must be confirmed by a specialist based on a biopsy from the bone marrow. Macrocytic anemia, neutropenia and thrombocytopenia must be confirmed in the blood count and the following forms of treatment must be necessary: immunosuppressive treatment, treatment by bone marrow stimulating agents for a minimum of three months, transfusion treatment.

2.25 Motor neuron disease before the age of 60

Unequivocal diagnosis of motor neuron disease before the age of 60. The diagnosis must be confirmed by a specialist in neurological diseases.

2.26 Loss of limbs

The permanent loss of two or more limbs above the wrist or ankle joint.

2.27 HIV infection in blood transfusions, due to physical assaults, or in the performance of certain tasks

The insured is infected by HIV, or is diagnosed as having AIDS, that can be traced to any of the following factors:

- Blood transfusion as part of a medical treatment,
- Physical assault suffered by the insured,
- Event sustained by the insured in his job as a member of the health professions, fireman, ambulance man or policeman.

The event causing the infection must have occurred within the period of validity of the insurance policy and meet the following criteria:

- The event must have been reported to the relevant authorities and its investigation must have been carried out with recognized methods,
- In the case of an HIV infection as a result of a physical assault, or as a result of an event occurring in the performance of regular job responsibilities, a negative result of an HIV antibody test carried out within 5 days from the event must be presented,
- Furthermore, another HIV antibody test must be carried out within 12 months confirming that HIV has been revealed and HIV antibodies are present,
- The event causing the infection must have occurred in Iceland.

The insurance policy does not cover any HIV infection due to other causes, i.a. sexual activities or the use of narcotics.

2.28 Third degree burns

Third degree burns covering at least 20% of the surface of the insured's body, confirmed by a specialist.

2.29 Bacterial meningitis

A verified diagnosis of inflammation of the membranes surrounding the brain and the spinal cord.An analyst must confirm the diagnosis by blood and spinal fluid studies and CT scan or MRI of the head. The disease must have resulted in permanent inability to perform independently three or more daily activities (ADL), bathing, undress, getting dressed, going on and using the toilet, getting out of bed and on to a chair or from a chair in to bed, controlling stools and urination, eat, drink and take medicine or must have resulted in permanent bed rest and inability to get up without assistance.This situation must have lasted at least three months and confirmed by medical records. Meningitis caused by bacterial infections. Inflammation of the meninges or spinal cord which leads to significant and permanent impairment of neurological activity and has been confirmed by a specialist in neurological disorders. This has to be confirmed by spinal fluid analysis.

2.30 Serious head wounds which causes a injury and interference the function of the brain

Severe head injury that interferes with brain function. An analysis must be verified by an expert and supported by results of the diagnosis of the nervous system from CT scan or MRI The injury must have resulted in permanent inability to perform independently three or more daily activities (ADL), bathing, undress, getting dressed, going on and using the toilet, getting out of bed and on to a chair or from a chair in to bed, controlling stools and urination, eat, drink and take medicine or must have resulted in permanent bed rest and inability to get up without assistance. This situation must have lasted at least three months and confirmed by medical records.

Article 27 Further on insurance benefits

- When exercising the right to claim insurance benefit, the insured party is obliged to submit the following:
 - description of the cause of the occurrence of the insured event

on the designated document of the insurer,

- detailed medical reports of doctors who simultaneously treat or treated the insured party regarding the cause, beginning, type and course of illness. Reports from medical health care and rehabilitation facilities that have performed treatment prior to the occurrence of the insured event have to be submitted as well.

- In the case of the diagnosing of a critical illness outside the territory of Iceland, the insurer may require documents for determining an insured event to be provided by a doctor resident in Iceland at the expense of the insured party.
- When exercising the right to claim an insurance benefit the insurer can require further medical examinations by authorized doctors. The insured party authorizes the doctors, hospitals and other medical institutions in which he was or will be treated to provide upon request the required information to this insurer and to this extent they are released from the obligation for medical confidentiality.
- In case the insured event is the accident of the policyholder or the insured party, the client is obliged to, immediately or at least within 24 hours, seek medical attention.
- The insured must notify the insurer about his claim as soon as possible but at latest within 1 year from the point in time when he had information about the events leading to his claim. Failure to do so releases the insurer from his liability.

THIRD PART Lifelong Pension and Final Provisions

Article 28 Lifelong pension

The policyholder has the right at any time to convert a part of his balance of the insurance account into a lifelong pension for himself or another insured person. The conditions for payment of the lifelong pension are agreed in the form of an amendment to the insurance contract. Special insurance conditions apply to the lifelong pension.

Article 29 Notification rules

- If written communication takes place by e-mail in the sense of article 3.3, the e-mail is considered as delivered on the day the e-mail has been sent, except cases when the e-mail was returned as undeliverable.
- Documents sent to the insurer are considered delivered on the day of their receipt by the insurer.

Article 30 Complaint management

- Complaint may be filed by any client, potential client or his/her representative on the basis of power of attorney (“the complainant”).
- A complaint is considered filed if it is made by the complainant where he expresses his disagreement with the accuracy and quality of services provided by the insurer. Filing is not considered a complaint if it has a character of inquiry, statement, opinion, request, initiative or suggestion.
- The complaint may be submitted in writing to the address of the insurer's headquarter, through the distribution partner or via email: fyrirspurnir@novis.eu.
- From the complaint it must be clear who filed the complaint and the matters concerned. The period for handling the complaint is limited to 30 days from the date of its delivery to the insurer; in justified cases, especially if the solution depends on the statements of a third party the period for handling the complaint can be extended to the maximum of 60 days from the date of receipt of the complaint, the reasons for the extension of the deadline will be communicated to the complainant.
- Further information about complaint management can be found on the website of the insurer.
- If the complainant is unsatisfied with a solution of the insurer concerning its liability, the complainant has the right to contact the

5. Frekari upplýsingar varðandi kærumeðferð má finna á vefsíðu váttryggjanda.
6. Ef kærandi er ósáttur með úrlausn váttryggjanda um bótaskyldu, hefur kærandi rétt til að skjóta máli sínu til Úrskurðarnefndar í váttryggingarmálum sem er vistuð hjá Fjármálaeftirlitinu, Katrínartúni 2, 105 Reykjavík og leggja þar fram skriflegt málskot.

er frádráttarbært og eftir því sem við á aðra skatta sem gilda um váttryggingar.

Þessir skilmálar NOVIS „Life Savings Plan“ taka gildi 08.10.2019.

Grein 31

Lokaákvæði

1. a) Váttryggjandi, eins og skilgreint er í reglugerð Evrópusambandsins og ráðsins nr. 2016/679 frá 27. apríl 2016, hefur stöðu ábyrgðaraðila, sem vinnur með persónuupplýsingar skráðra einstaklinga (sérstaklega váttryggingartaka, hins váttryggða og réttihafa) sjálfur eða fyrir milligöngu umboðsmanna.
b) Váttryggingartaki og hinn váttryggði meðtaka að framlagning persónuupplýsinga til váttryggjanda er alltaf gerð af sjálfsdáðum en séu þær ekki lagðar fram, leiðir það til þess að ekki er hægt að uppfylla allar samningsskyldur. Váttryggingartaki staðfestir að leggi hann fram persónuupplýsingar um aðra, þá hefur hann gert það með samþykki þeirra.
c) Skráðir einstaklingar eru skyldugir til þess að útvega váttryggjanda, jafnvel án samþykkis, símanúmer, faxnúmer eða tölvupóst tengiliðar, ef þeir hafa slík, skjöl og gögn sem sýna fram á getu viðskiptavinar til að efna váttryggingarsamning, til að ákvarða skylduna til að greiða váttryggingabætur, ákvarða skyldur váttryggingarsamnings, heimild til að koma fram fyrir hönd annars ef umboðsmaður, uppfyllingu annarra skyldna og skilyrða til að gera váttryggingarsamning og veita upplýsingar um heilsufarsástand innan þeirra marka sem nauðsynlegt er til að áhættumeta fullgerðan váttryggingarsamning. Þeir eru ennfremur skyldugir, ef um er að ræða persónu, að veita upplýsingar um skímanafn, eftirnafn, fæðingardag, níksfang, tegund og númer persónuskilríkja að innifalinni þeirri persónu sem kemur fram fyrir lögpersónu; í tilfelli einstaklingsrekstrar, hver er einstaklingurinn, skímanafn, eftirnafn, staðsetning rekstrar, níksfang, eðli rekstrar og tilvist opinberrar skráningar þar sem reksturinn er skráður sem og skráningarnúmer. Að auki er skylda, ef um lögpersónu er að ræða, að gefa upplýsingar um nafn, skráningarnúmer, eðli rekstrar og athafna, heimilisfang og heimilisfang útibúa eða annarra staða þar sem er starfsemi og nöfn lögbundinna forsvarsmanna lögpersónunnar; og aðrar upplýsingar innan marka þessarar (c) greinar, tilvist opinberrar skráningar og efni þeirrar skráningar þar sem hún er, ásamt skráningarnúmeri hennar.
d) Váttryggjandi hefur rétt á að fá í ljóssiti, skönnun eða annarri eftirprentun, persónulegar upplýsingar úr persónuskilríkjum í heild sinni.
e) Váttryggjandi vinnur persónuupplýsingar til að auðkenna viðskiptavini og þeirra fulltrúa og varðveita slíka auðkenningu til að ganga frá váttryggingarsamning og reka umsýslu hans, til að afgreiða tjónakröfur, til að vernda og sækja réttindi váttryggjanda og til að skrá réttilega umsýslu hans.
f) Váttryggjandi skal birta lista af samstarfsaðilum sínum, sem fá afhendar eða útvega persónuupplýsingar sem til staðar eru, til að hann geti uppfyllt samningsskyldur sínar eða varðveitt lögbundin réttindi sín, á heimasíðu sinni.
g) Í því tilfelli sem persónuupplýsingar eru unnar samkvæmt samþykki skráðs einstaklings, getur hann afturkallað samþykki sitt hvenær sem er. Váttryggjandi meðtekur öll form slíkrar afturköllunar ef auðkenning viðskiptavinar er skýr.
2. Samningsaðilar geta komist að samkomulagi um breytingar á sameiginlegum réttindum og skyldum sem vikja frá þessum váttryggingarskilmálum, nema lög eða ákvæði þessara váttryggingarskilmála banni það sérstaklega.
3. Váttryggingarsamningurinn fellur undir íslensk lög.
4. Skattaskyldur vegna váttryggingarsamningsins fara eftir viðeigandi lagasetningum um tekjuskatt. Þessi lög tilgreina sérstaklega hvaða váttryggingabætur eru undanþegnar tekjuskatti, auk þess hvað

The Insurance Complaints Committee of The Financial Supervisory Authority, Iceland, with registered seat at Katrínartúni 2, 105 Reykjavík by submitting a written or electronic complaint or initiative.

These GTCs for NOVIS „Life Savings Plan“ come into force on 08.10.2019.

Article 31

Final provisions

1. a) The Insurer, as derived from the Regulation of the European Parliament and the Council of European Union 2016/679 from 27 April 2016, has the status of the Controller, which processes personal data of data subjects (particularly the policyholder, the insured, the entitled person) itself or through intermediaries.
b) The policyholder and the insured persons note that providing personal data to the Insurer is always voluntary, but in case of failure to provide it, it is not possible to fulfill all contractual obligations. The policyholder confirms that when he or she has disclosed personal data to the Insurer about others, he or she has done so based on their consent.
c) Data subjects are obliged to provide the Insurer even without a consent a contact telephone number, fax number and e-mail address if they have them, documents and data demonstrating the client's ability to fulfill insurance contract obligations, to determine the extent of the obligation to provide insurance benefit, required provision of insurance obligation, authorization to represent, if it is a representative, fulfillment of other requirements and conditions for the conclusion of an insurance contract and the information about the health condition within the range necessary to assess the risk at the conclusion of the insurance contract. Furthermore, they are obliged, if it is a natural person, to provide data in the range of name, surname, permanent residence, temporary residence if they have it, birth identification number, date of birth, nationality, type and number of the identity document including the natural person through whom the legal entity acts; in case of a natural person, who is an entrepreneur, name, surname, place of business, nationality, subject of business and denotation of the official register or other official records in which this entrepreneur is registered and the number of the entry in that register or record. In addition, they are obliged, if it is a legal entity, to provide data in the range of name, company registration number if any is assigned, address, the scope of business or any other activity, location of the business or branch offices and a different address of its operation and a list of persons forming the statutory body of the legal entity; and the information about it within the scope of this point (c), the denotation of the official register or other official records in which the legal entity is registered and the number of the entry in that register or record.
d) The Insurer shall be entitled to obtain, by copying, scanning or otherwise recording, personal data from the identity document in its entirety as captured.
e) The Insurer processes personal data to identify clients and their representatives and to retain the possibility of subsequent verification of such identification, for concluding insurance contracts and administering insurance, for administering claims by the Insurer, for protecting and claiming the rights of the Insurer, for documenting Insurer's activity.
f) The Insurer shall publish a list of categories of its contractual partners to whom it provides or accesses personal data available for fulfilling contractual relationships or its legitimate interests on its website.
g) In case personal data are processed under consent, it may be revoked at any time. The Insurer accepts in case of revocation all forms of communication if the client is unambiguously identified.
2. The contracting parties can agree upon amendment of mutual rights and obligations deviating from these GTCs, unless the law or provisions of these GTCs explicitly prohibit them.
3. The contractual law of Iceland applies to the insurance contract.
4. The tax obligations relating to the insurance contract are governed by relevant legislation on Income Tax. This law specifies which insurance benefits are exempt from income tax, as well as deductibles, respectively other tax issues relating to insurance.

Áhættuðgjald váttryggingaverndar fyrir andlátí

fyrir hvern mánuð fyrir hverja EUR 10.000 í váttryggingarfjárhæð

Aldur	Í €
0 - 18	0,50
19	0,50
20	0,50
21	0,50
22	0,50
23	0,50
24	0,50
25	0,50
26	0,50
27	0,50
28	0,50
29	0,50
30	0,50
31	0,52
32	0,54
33	0,56
34	0,60
35	0,63
36	0,68
37	0,73
38	0,80
39	0,87
40	0,97
41	1,07
42	1,20
43	1,36
44	1,53
45	1,74
46	1,96
47	2,19
48	2,42
49	2,66
50	2,92
51	3,20
52	3,52
53	3,87
54	4,25
55	4,67
56	5,13
57	5,62
58	6,16
59	6,75
60	7,41
61	8,18
62	9,10
63	10,22
64	11,59
65 og eldri *	11,59

Áhættuðgjald váttryggingaverndar fyrir varanlegri örorku

fyrir hvern mánuð fyrir hverja EUR 10.000 í váttryggingarfjárhæð

Aldur	Í €
0 - 18	1,25
19	1,20
20	1,31
21	1,43
22	1,51
23	1,56
24	1,60
25	1,65
26	1,71
27	1,76
28	1,82
29	1,92
30	2,03
31	2,14
32	2,29
33	2,48
34	2,65
35	2,80
36	2,93
37	3,07
38	3,21
39	3,37
40	3,55
41	3,76
42	4,03
43	4,37
44	4,78
45	5,31
46	5,97
47	6,80
48	7,83
49	9,11
50	10,67
51	12,55
52	14,78
53	17,39
54	20,41
55	23,85
56	27,76
57	32,13
58	37,04
59	42,53
60	49,89
61	57,56
62	65,27
63	73,87
64	83,50
65 og eldri *	83,50

Áhættuðgjald váttryggingaverndar fyrir alvarlegum sjúkdómum

fyrir hvern mánuð fyrir hverja EUR 10.000 í váttryggingarfjárhæð

Aldur	Í €
0 - 18	0,52
19	0,52
20	0,52
21	0,59
22	0,63
23	0,68
24	0,74
25	0,79
26	0,85
27	0,91
28	1,01
29	1,09
30	1,19
31	1,30
32	1,39
33	1,55
34	1,74
35	1,92
36	2,12
37	2,33
38	2,62
39	2,93
40	3,24
41	3,56
42	3,92
43	4,28
44	4,68
45	5,14
46	5,61
47	6,08
48	6,79
49	7,53
50	8,24
51	8,97
52	9,77
53	10,82
54	11,81
55	12,84
56	13,97
57	15,09
58	16,41
59	17,80
60	19,14
61	20,94
62	22,72
63	24,99
64	27,24
65 og eldri *	27,24

Risk fee for insurance in case of death

per month per EUR 10.000 Sum Insured

Age	In €
0 - 18	0,50
19	0,50
20	0,50
21	0,50
22	0,50
23	0,50
24	0,50
25	0,50
26	0,50
27	0,50
28	0,50
29	0,50
30	0,50
31	0,52
32	0,54
33	0,56
34	0,60
35	0,63
36	0,68
37	0,73
38	0,80
39	0,87
40	0,97
41	1,07
42	1,20
43	1,36
44	1,53
45	1,74
46	1,96
47	2,19
48	2,42
49	2,66
50	2,92
51	3,20
52	3,52
53	3,87
54	4,25
55	4,67
56	5,13
57	5,62
58	6,16
59	6,75
60	7,41
61	8,18
62	9,10
63	10,22
64	11,59
65 and more *	11,59

Risk fee for permanent disability insurance

per month per EUR 10.000 Sum Insured

Age	In €
0 - 18	1,25
19	1,20
20	1,31
21	1,43
22	1,51
23	1,56
24	1,60
25	1,65
26	1,71
27	1,76
28	1,82
29	1,92
30	2,03
31	2,14
32	2,29
33	2,48
34	2,65
35	2,80
36	2,93
37	3,07
38	3,21
39	3,37
40	3,55
41	3,76
42	4,03
43	4,37
44	4,78
45	5,31
46	5,97
47	6,80
48	7,83
49	9,11
50	10,67
51	12,55
52	14,78
53	17,39
54	20,41
55	23,85
56	27,76
57	32,13
58	37,04
59	42,53
60	49,89
61	57,56
62	65,27
63	73,87
64	83,50
65 and more *	83,50

Risk fee for critical illness

per month per EUR 10.000 Sum Insured

Age	In €
0 - 18	0,52
19	0,52
20	0,52
21	0,59
22	0,63
23	0,68
24	0,74
25	0,79
26	0,85
27	0,91
28	1,01
29	1,09
30	1,19
31	1,30
32	1,39
33	1,55
34	1,74
35	1,92
36	2,12
37	2,33
38	2,62
39	2,93
40	3,24
41	3,56
42	3,92
43	4,28
44	4,68
45	5,14
46	5,61
47	6,08
48	6,79
49	7,53
50	8,24
51	8,97
52	9,77
53	10,82
54	11,81
55	12,84
56	13,97
57	15,09
58	16,41
59	17,80
60	19,14
61	20,94
62	22,72
63	24,99
64	27,24
65 and more *	27,24

* Frá 65 ára aldri er mánaðarlegur frádráttur fasti vegna váttryggingarverndar sá sami og fyrir 64 ára aldur. Váttryggingarfjárhæð lækkar árlega um 10% váttryggingarfjárhæð fyrra árs. Á 100 ára afmælisdegi er viðeigandi váttryggingarfjárhæð greidd út.

* Starting from the age of 65 the monthly deduction is constant for the insurance cover as at the age of 64. The insured sum decreases annually by 10% of the insured sum of the previous year. Upon reaching the 100th birthday the relevant insured sum is paid out.

Verðskrá vegna gerðar váttryggingarsamnings og umsýslu

Frádráttur	Upphæð frádráttar
Umsýslugjald	5 € á mánuði
Fjárfestingargjald	0,1% mánaðarlega af inneign af váttryggingarreikningi (ekki af NOVIS tryggðarbónus), minnst 2 €
Vegna gerðar váttryggingarsamnings fyrir samþykkt mánaðarlegt iðgjald á fyrstu 60 mánuðum váttryggingarinnar	35% af mánaðarlegu iðgjaldi
Fyrir gerð váttryggingarsamnings með eingreiðslu	6% af eingreiðslu
Vegna breytinga á hlutfalli í tryggingarsjóðum NOVIS	0 €
Vegna áminninga	0 €
Vegna breytinga váttryggingarsamnings í uppgreiddan samning (undanþága frá greiðslu iðgjalda)	0 €
Vegna uppsagnar að hluta eða öllu leyti eftir 10 ár frá upphafi samnings	0 €
Vegna uppsagnar að hluta eða öllu leyti upp að 10 árum frá upphafi samnings	3% af úttektarinneign
Vegna reikningshalds ef váttryggingartaki lífir út samninginn	0 €
Vegna breytinga á upphæð iðgjalds	0 €

Deduction Table for conclusion and administration of the insurance contract

Deduction	Deduction Amount
Administrative Fee	5 € p.m.
Investment Fee	monthly 0.1% of the balance of the insurance account (excl. NOVIS Loyalty Bonus), at least 2 €
for conclusion of the insurance contract from the agreed regular monthly premium in the first 60 insurance months	35% of the regular monthly premium
for conclusion of the insurance contract from the single premium	6% of the single premium
for changes of the allocation ratio of the NOVIS Insurance Funds	0 €
for reminders	0 €
for the transfer of the insurance into paid-up policy status (exemption from premium payment obligation)	0 €
for partial or full surrender after 10 years starting from the beginning of insurance	0 €
for partial or full surrender up to 10 years starting from the beginning of insurance	3% of the amount of the surrender value
for the disbursement in the case of survival	0 €
for the change in the amount of the insurance premium	0 €

