

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

NOVIS PIR Insurance

powered by



R60 R36 RN

GTC-60190907

Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

Numero di iscrizione
nel RUI

DATI DEL CONTRAENTE

Signor Signora

Data di nascita

Prov. nasc.

Nome

Luogo di nascita

Cognome

Cittadinanza

Codice fiscale

Telefono (cellulare)

Indirizzo

Cap

Località

Prov.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PREMIO

Decorrenza dell'assicurazione

0 1 2 0

Premio unico (minimo: € 10.000,00)

€

Premio ricorrente (sino all'età di ingresso di 40 anni, minimo € 60,00 / mese, sopra i 40 anni minimo € 100,00/mese)

€

Frazionamento:

mensile trimestrale semestrale annuale

Durata del Contratto:

Vita Intera

Durata Determinata

Durata (anni)

Periodo pagamento premi (anni)

Bonus fedeltà NOVIS: 1.000 €

COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Somma Assicurata Caso Morte (minimo € 20.000,00)

. 0 0 0 0 €

0 1 2 0

MODALITÀ DI PAGAMENTO

A Mezzo bonifico bancario a favore di NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. presso Banca Popolare di Bolzano.

IBAN: IT91M0585611601050571339011 Causale*:

BIC/SWIFT: BPAAIT2B050

Autorizzazione permanente di addebito in conto corrente. (Allegare modulo compilato e firmato).

Nel caso di pagamenti a favore di soggetti diversi da NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. ovvero di pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle sopra indicate, la Compagnia intenderà il pagamento come non effettuato. AVVERTENZA: agli intermediari è fatto divieto di ricevere denaro contante o assegni a titolo di pagamento dei premi o qualsiasi altro titolo.

* Indicare numero di proposta, nome e cognome del Contraente

DOMANDE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1. **Attività professionale attuale** _____
2. **Ha dei figli?** Sì No
3. **Altezza e peso** cm kg
4. **Fuma?** Sì Numero sigarette/sigari al giorno _____ No (non ho fumato negli ultimi 12 mesi)
5. **Pratico i seguenti sport:** Sport ricreativo: _____

Sport a livello dilettantistico:

Sport a livello professionale:

- | | Si | No | | Si | No |
|--|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 6. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto regolarmente farmaci per problemi di salute, dolori o malattie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | f) Malattie del Cervello, nervi, malattie psichiche (p.es. cefalea, emicrania, vertigini, attacchi, epilessia, sclerosi multipla, ictus, paralisi, depressioni, disturbi psichici, tentativi di suicidio) e altre patologie del sistema nervoso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto sostanze stupefacenti? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | g) Malattie tumorali di tipo benigno o maligno (p. es. cancro, miomi, adenomi, lipomi, polipi, cisti) o altre patologie di tipo tumorale. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Negli ultimi 5 anni si è sottoposto/a ad una terapia a causa di dipendenza da sostanze stupefacenti, alcool, dipendenza da droghe, gioco o simili o Le è stata consigliata o prescritta una simile terapia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | h) Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (p.es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Attualmente percepisce o negli ultimi 5 anni ha richiesto una pensione di invalidità o per incapacità professionale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | i) Patologie di occhi o orecchie (p.es. malattie della retina, cecità, sordità, sordomutismo, disturbi dell'udito) o altre malattie degli occhi e delle orecchie, disturbi della vista (indicare diottrie di ogni occhio) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Attualmente soffre o negli ultimi 5 anni ha sofferto di dolori, problemi di salute o delle seguenti patologie? | | | Diottrie: <input type="text"/> <input type="text"/> DX <input type="text"/> <input type="text"/> SX | | |
| a) Patologie riguardanti cuore, vasi, polmoni, vie respiratorie, ipertensione, pressione sanguigna instabile, aritmie cardiache, tachicardia, soffio cardiaco, cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, angina pectoris, dolori al petto, vene varicose, trombosi, embolia, asma, tubercolosi, bronchite cronica o di altre patologie cardiache, vascolari, polmonari o malattie delle vie respiratorie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | j) Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Disturbi del metabolismo, ghiandole con secrezione interna, p.es. diabete, gotta, colesterolo alto, trigliceridi, disturbi funzionali della tiroide o altre malattie metaboliche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Ha ricevuto reperti a seguito di visite specialistiche, come per es. tomografia (CT), risonanza magnetica (MRT), raggi X, ecografie, elettrocardiogramma, esami delle urine e del sangue, test genetici, test HIV per AIDS? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Disturbi del Fegato, vescica biliare, pancreas, esofago, stomaco, duodeno, intestino tenue, crasso, retto, organi sessuali, reni, vie urinarie (p.es. proteine o sangue nelle urine), itterizia o altre patologie degli organi digestivi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato o Le è stato consigliato un ricovero negli ultimi 5 anni a scopo diagnostico, per visite, terapie, interventi chirurgici o simili? Se sì, per favore alleggi copia della relazione medica (non in caso di tonsillectomia o appendicectomia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Malattie del Sangue o sistema immunitario (p. es. clorosi, disturbi della coagulazione del sangue, emofilia, leucemia, modifiche dell'emocromo, patologie della milza, infezione da HIV, AIDS, allergie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. I Suoi genitori biologici o fratelli hanno presentato prima del 60° anno di vita una delle seguenti patologie: diabete, tumori maligni al colon o retto o seno o ovaie, malattie cardiache o vascolari, rene policistico, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, morbo di Huntington, cardiomiopatia ipertrofica? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Malattie delle ossa, articolazioni, muscoli (p. es. mal di schiena, dolori duraturi agli arti, reumatismi, artrosi, osteoporosi) o altre malattie delle ossa, delle articolazioni o dei muscoli | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

Se risponde in modo affermativo ad una domanda, utilizzi lo spazio nel campo "Informazioni ulteriori" oppure il nostro modulo aggiuntivo relativo a questioni di salute (indicare il numero della domanda e le terapie, l'inizio e la conclusione del trattamento, la descrizione precisa della malattia e il decorso, l'indirizzo del medico curante), indichi se e quanti ulteriori fogli utilizza per queste informazioni e li alleggi alla richiesta).

Domanda no.	Tipo di malattia, di disturbo, cambiamento.	Quando? Per quanto tempo?	Nome e indirizzo del medico/dell' ospedale

DOMANDE RELATIVE ALLA SALUTE DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE:

- a) **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;**
- b) Le informazioni non complete od errate impediscono all'assicuratore di formulare una valutazione corretta dei rischi della persona che deve essere assicurata e potrebbero compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;
- c) **Prima della sottoscrizione del questionario sullo stato di salute, l'Assicurato, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;**
- d) L'Assicurato libera dal segreto professionale gli ospedali, i medici e le Compagnie di assicurazione e autorizza a fornire a NOVIS tutte le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato richieste in relazione all'assicurazione proposta;
- e) **L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

Data e firma dell'Assicurato _____

AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE ELETTRONICA

Il Contraente dichiara di voler ricevere le informazioni relative al contratto tramite mezzi di comunicazione telematici. Tale scelta può essere revocata in ogni momento, richiedendo che le comunicazioni vengano trasmesse in forma cartacea. In ogni caso, il Contraente può chiedere la versione cartacea delle informazioni e comunicazioni ricevute telematicamente.

La trasmissione e ricezione delle comunicazioni da parte di NOVIS avviene tramite il seguente indirizzo: servizioclienti@novis.eu

Il Contraente dichiara di avere regolare accesso alla rete Internet e indica di seguito il proprio indirizzo di posta elettronica:

Data e firma del Contraente

PROCEDURA DI ACCETTAZIONE DOPO LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA E INFORMAZIONI PER IL RECESSO

La presente proposta di assicurazione è presentata dal Contraente. Il termine per l'accettazione della proposta da parte della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. è di sei settimane da quando la stessa sarà pervenuta alla sede della Compagnia.

La copertura assicurativa non sussiste prima che la procedura per la proposta di assicurazione sia conclusa, vale a dire prima che sia stata accettata dalla NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft,

NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. mediante invio tramite posta elettronica della conferma di accettazione o della polizza.

Il recesso può essere esercitato entro 30 (trenta) dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. Può inviare la comunicazione di recesso tramite raccomandata a/r a NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava.

FIRMA DEL RICHIEDENTE PER LA STIPULA DEL CONTRATTO NOVIS PIR Insurance

- Che le informazioni e le risposte rese all'interno della presente Proposta sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza rilevante ai fini della valutazione dei rischi da parte della Compagnia anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.
- Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), DIP aggiuntivo IBIP, Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di Proposta.**
- Dichiaro di essere stato informato che è facoltà del sottoscritto Contraente richiedere il Regolamento del Fondo Interno NOVIS PIR cui sono direttamente collegate le prestazioni del Contratto

Il Contraente dichiara altresì:

- di essere fiscalmente residente in Italia;
- di agire al di fuori di una attività di impresa commerciale;
- di non essere titolare di altro Piano Individuale di Risparmio, in quanto la contemporanea titolarità di più Piani Individuali di Risparmio comporta il venir meno del vantaggio fiscale previsto dalla normativa in vigore;**
- di essere consapevole che, per ottenere il vantaggio fiscale ai sensi dell'art. 1, comma 112 della Legge 11 dicembre 2016, n° 232 (Legge di bilancio 2017) e successive modifiche ed integrazioni, dovrà detenere il prodotto per un periodo non inferiore a 5 anni dalla data di versamento di ciascun premio.**

Si allegano alla presente proposta no. documentazione integrativa

Confermo di aver ricevuto i seguenti documenti:

- Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze del contraente e adeguatezza del contratto**
- Set Informativo**
- Il Documento contenente le informazioni chiave del prodotto (KID)**
- Regolamento del Fondo Interno NOVIS PIR**

Luogo e data

Firma del richiedente

IDENTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO

In qualità di intermediario attesto di aver verificato i dati del richiedente, necessari per l'accertamento dell'identità, in presenza del richiedente stesso. Ho verificato la correttezza dei dati e della firma/delle firme con il documento di identità che mi è stato presentato. Confermo che i dati inseriti sono corretti. Non sono inoltre note altre circostanze che possano aumentare il rischio, laddove non siano contenute in una relazione separata allegata.

Tipo di documento di identità: _____

Rilasciato da: _____

Paese di rilascio: _____

Luogo e data, Firma dell'intermediario: _____

Numero del documento di identità: _____

Rilasciato il: _____

Valido fino al: _____

Fondamentalmente Internazionale

NOVIS è una
Compagnia
assicurativa che offre
un numero considerevole
di innovazioni importanti
presenti in 11 paesi europei.
Nell'anno 2017 abbiamo
conseguito con successo
un inizio positivo sul
mercato italiano. Nell'anno
2018 siamo entrati
sul mercato della
Svezia, Islanda
e Lituania.



