

FOGLIO AGGIUNTIVO ALLA PROPOSTA
DI ASSICURAZIONE

Wealth
Insuring

powered by



DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara con la sua firma, sotto la propria responsabilità:

- di non essere stato ricoverato in ospedale o in casa di cura negli ultimi cinque anni;
- di non essere stato sottoposto a cure e/o trattamenti medici e/o farmacologici per un periodo ininterrotto superiore a 3 (tre) settimane per la medesima patologia o disturbo;
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori maligni, malattie neurologiche o psichiche, infezione HIV, infarto cardiaco, colpo apoplettico.

Nel caso in cui l'Assicurato non possa rilasciare la presente dichiarazione, dovrà compilare il seguente questionario anamnestico.

Data e firma dell'Assicurato



DOMANDE RELATIVE ALLA SALUTE DELL'ASSICURATO

<p>1. Attività professionale attuale _____</p>	<p>2. Ha dei figli? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>3. Altezza e peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p>	<p>4. Fuma? <input type="radio"/> Sì Numero sigarette/sigari al giorno _____ <input type="radio"/> No (non ho fumato negli ultimi 12 mesi)</p>
<p>5. Pratico i seguenti sport: _____ Sport ricreativo: _____</p> <p>Sport a livello dilettantistico _____</p>	<p>Sport a livello professionale: _____</p>
<p>6. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto regolarmente farmaci per problemi di salute, dolori o malattie? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>7. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto sostanze stupefacenti? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>h) Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (p.es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre) <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>9. Attualmente percepisce o negli ultimi 5 anni ha richiesto una pensione di invalidità o per incapacità professionale? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>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) Diottrie: <input type="text"/> <input type="text"/> DX <input type="text"/> <input type="text"/> SX</p>
<p>10. Attualmente soffre o negli ultimi 5 anni ha sofferto di dolori, problemi di salute o delle seguenti patologie?</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p>	<p>j) Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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"/> Sì <input type="radio"/> No</p> <p>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, cardiomiopia ipertrofica? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>

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

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese dall'Assicurato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;
- le informazioni non complete o errate impediscono all'assicuratore di formulare una valutazione corretta dei rischi della persona che deve essere assicurata. In caso di violazione colposa di questo obbligo, l'assicuratore può recedere dal contratto laddove sussistano le condizioni oppure può impugnare tale contratto e rifiutare eventualmente la prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario sullo stato di salute, l'Assicurato, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- 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;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere, a sue spese, di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

Data e firma dell'Assicurato



AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE ELETTRONICA

Si conviene che le informazioni saranno trasmesse telematicamente via e-mail. La Compagnia può trasmettere contenuti anche tramite il sito (<http://www.novis.eu/it> www.novis.eu/ita) e tale modalità può essere revocata in qualsiasi momento da entrambe le parti. Il Contraente può chiedere la versione cartacea dei contenuti trasmessi telematicamente (è gratuito solo il primo documento richiesto).

Le comunicazioni di NOVIS sono effettuate tramite il seguente indirizzo e-mail: servizioclienti@novis.eu

Con la mia firma confermo che posso accedere a Internet e il mio indirizzo e-mail è il seguente (compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile):

Data e firma dell'Assicurato



PROCEDURA DI ACCETTAZIONE DOPO LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA

Il presente Foglio aggiuntivo alla proposta di assicurazione (di seguito soltanto "Foglio aggiuntivo") è presentato dal contraente e dall'assicurato. Il termine per l'accettazione del Foglio aggiuntivo da parte della NOVIS Poistovna a.s. è di otto settimane da quando la stessa sarà pervenuta alla sede assicurativa.

La copertura assicurativa non sussiste prima che la procedura per la proposta di assicurazione / Foglio aggiuntivo sia conclusa, vale a dire prima che sia stata

accettata dalla NOVIS Poistovna a.s. mediante invio tramite posta elettronica della conferma di accettazione o della polizza.

Prima dello scadere del termine di accettazione la sede dovrà aver ricevuto il Foglio aggiuntivo compilato interamente, in modo veritiero e corretto e firmato e altri documenti richiesti dalla compagnia assicuratrice. Dovranno essere state effettuate anche tutte le visite mediche eventualmente richieste e dovranno essere pervenuti i risultati delle visite e le relazioni mediche.

FIRME

- Autorizzo la società a fornirmi in futuro una consulenza telefonica e via e-mail e a presentarmi proposte e offerte tramite questi mezzi di comunicazione. Posso revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento in forma scritta, senza indicare i motivi, alla NOVIS Poistovna a.s.

Luogo e data

Firma del Contraente



Firma dell'Assicurato



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 o con l'estratto dal Registro delle imprese. 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.

Numero del documento di identità:

Rilasciato il:

Valido fino al:

Tipo di documento di identità:

Dalle seguenti autorità:

Paese di rilascio:

Luogo e data, Firma dell'intermediario:



Fondamentalmente Internazionale

NOVIS è una società di assicurazione che offre un numero considerevole di innovazioni importanti per i clienti in nove paesi europei. Nell'anno 2017 abbiamo conseguito con successo sia un inizio positivo nel mercato italiano sia l'ingresso nel mercato svedese.

NOVIS, una società di assicurazione globale capace di offrire i propri servizi a livello internazionale.



FAQS SIMILE