

Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

No. di iscrizione nel RUI dell'intermediario

No. di iscrizione nel RUI del collaboratore

DATI DEL CONTRAENTE

Nome Sig. Sig.ra Persona giuridica
Cognome/Ragione sociale
Indirizzo
Cap
Domicilio fiscale
Modifica dell'indirizzo di posta elettronica
Modifica valida alla data . . .
Cittadinanza
Data di nascita
Località
Telefono (cellulare)
@
Codice fiscale/P.IVA

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (SE CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Sig. Sig.ra Nome
Codice fiscale
Cap
Luogo di nascita
Telefono (cellulare)
Modifica dell'indirizzo di posta elettronica
Località
Cognome
Indirizzo
Data di nascita
Cittadinanza
Stato in cui il rappresentante legale ha la residenza fiscale
@
Prov.

MODIFICA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA DALL'ASSICURATO

Somma assicurata in caso di morte (minimo € 10.000,00) 0 0 0 €

MODIFICA DEL RAPPORTO DI ALLOCAZIONE FRA I FONDI ASSICURATIVI NOVIS

Fondo Interno NOVIS Fixed Income - Conservativo %
Fondo Interno NOVIS Global Select - Bilanciato %
Fondo Interno NOVIS Sustainability - Sostenibilità %
Fondo Interno NOVIS Discovery %
TOTALE 100%
 Ripartizione uniforme del premio versato 1/5 per fondo.

PREMIO UNICO AGGIUNTIVO

Premio unico aggiuntivo (rispetto ai premi unici concordati in precedenza) 0 0 0 €

Il premio unico aggiuntivo deve essere pagato a mezzo bonifico bancario a favore di NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. entro 10 giorni dalla sottoscrizione del presente modulo.

IBAN: IT69B0306912711100000013380

Causale (Indicare numero di proposta, nome e cognome del Contraente)

BIC/SWIFT: BCITITMMXXX

QUESTIONARIO SANITARIO SEMPLIFICATO:

IL PRESENTE QUESTIONARIO PUÒ ESSERE UTILIZZATO SOLO IN PRESENZA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI: LA SOMMA ASSICURATA CASO MORTE È SUPERIORE A 10.000 € E NON ECCEDE I 30.000 € E L'ETÀ DI INGRESSO NON È SUPERIORE A 70 ANNI.

Importante! La preghiamo di notare che ha l'obbligo di rispondere in modo veritiero e completo. Nel caso di risposte inesatte o incomplete, NOVIS può recedere dal contratto.

1. Soffre o ha sofferto di qualunque tipo di malattia cardiaca, malattie del sistema nervoso, cancro, diabete, HIV/AIDS? SÌ NO
2. È stato ricoverato in ospedale e/o ha avuto più di 3 settimane consecutive di assenza dal lavoro per malattia o infortunio negli ultimi 2 anni? SÌ NO
3. È stato sottoposto ad esami medici, trattamenti o altri consulti da parte di medici o assistenti, a parte i regolari controlli con esiti normali nel corso degli ultimi 2 anni? SÌ NO

Se ad una delle domande di cui sopra risponde "Sì", sarà necessario rispondere a tutte le domande del questionario sanitario esteso e allegarlo alla presente proposta per la stipula del contratto di assicurazione.

Data e firma dell'Assicurato



ALTRE MODIFICHE

Si prega di rendere valide tutte le modifiche alla data seguente

Luogo e data

Firma del Richiedente



IDENTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO

In qualità di intermediario attesto di aver fornito i dati del richiedente, necessari per accertarne l'identità, in presenza del richiedente stesso. Ho verificato la correttezza dei dati e della firma/delle firme confrontandoli con il documento di identità che mi è stato presentato o con l'estratto del Registro delle imprese. Confermo che i dati inseriti sono corretti. Inoltre non sono note altre circostanze che possano aumentare il rischio, se non sono contenute in una relazione separata allegata.

Luogo e data

Firma dell'intermediario

