RICHIESTA DI MODIFICA

Numero di Polizza

Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

No. di iscrizione nel RUI dell´intermediario

No. di iscrizione nel RUI del collaboratore

DATI DEL CONTRAENTE

Nome

◯ Signor ◯ Signora ◯ Persona giuridica

Cognome/Ragione sociale

Cittadinanza

Indirizzo

Data di nascita

Cap

Località

Domicilio fiscale

Modifica valida alla data . .

Codice fiscale/P.IVA

MODIFICA DEL PREMIO ASSICURATIVO

Nuovo Premio Ricorrente (incrementato) * €

Frazionamento: ◯ mensile ◯ trimestrale ◯ semestrale ◯ annuale

*La richiesta deve essere consegnata 30 giorni prima della possibile data utile di addebito.

MODIFICA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA DALL'ASSICURATO

Per le modifiche alla copertura assicurativa di un'altra persona assicurata presentare il modulo "Foglio aggiuntivo" per ogni persona.

Somma assicurata in caso di morte (minimo € 20.000,00) .000 €

Somma assicurata in caso di malattia, interventi chirurgici e assistenza di lungo periodo* .000 €

Somma assicurata in caso di Infortunio e morte da Infortunio* .000 €

In caso di aumento della copertura assicurativa per almeno un tipo di assicurazione, compilare in tutte le sue voci il modulo medico a pagina 2.

*La somma assicurata per i singoli rischi ammonta a un minimo di € 10.000,00.

MODIFICA DEL RAPPORTO DI ALLOCAZIONE FRA I FONDI ASSICURATIVI NOVIS

Fondo assicurativo NOVIS Fixed Income	%
Fondo assicurativo NOVIS Global Select	%
Fondo assicurativo NOVIS Sustainability	%
Fondo assicurativo NOVIS a crescita garantita	%
Fondo assicurativo NOVIS azioni ETF	%
Fondo assicurativo NOVIS oro	%
Fondo assicurativo NOVIS aziende	%
Fondo assicurativo NOVIS ipoteche	%
Fondo assicurativo NOVIS Family Office	%
Fondo assicurativo NOVIS World Brands	%
TOTALE	**100 %**

◯ Ripartizione uniforme del premio versato 1/7 per fondo.

◯ Non è possibile selezionare per ciascun fondo una percentuale superiore al 50%

MODIFICA DEL MANDATO DI ADDEBITO SEPA (AUTORIZZAZIONE)

◯ A Mezzo bonifico bancario a favore di NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poisťovňa a.s. Presso Banca Popolare di Bolzano.

IBAN: IT91M0585611601050571339011 **Causale*:**

Autorizzo la NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poisťovňa a.s. Presso Banca Popolare di Bolzano, a incassare pagamenti dal mio conto a mezzo addebito SEPA. Al tempo stesso incarico il mio istituto di credito di pagare gli addebiti SEPA di NOVIS sul mio conto. Entro otto settimane dalla data di addebito posso richiedere il rimborso dell'importo addebitato. Sono valide le condizioni convenute con il mio istituto di credito. Nota: i miei diritti relativi al mandato di cui sopra sono contenuti in un opuscolo che posso chiedere al mio istituto di credito.

Nome e indirizzo del debitore

IBAN

BIC/SWIFT

Luogo, data e firma

* Indicare numero di contratto e nome e cognome del Contraente

MODIFICA DEI BENEFICIARI

Nome:

Cognome:

Data di Nascita: . .

Luogo di Nascita:

Provincia:

Codice Fiscale/P.IVA:

Residenza:

Via:

Numero civico:

CAP:

Comune/Località:

Provincia:

Telefono:

E-mail:

Quota: %

Il Beneficiario designato dichiara di voler accettare il beneficio rendendolo **irrevocabile**.

Firma del Beneficiario

RICHIESTA DI MODIFICA

MODIFICA DEI BENEFICIARI

Nome: Cognome:

Data di Nascita: __ __ . __ __ . __ __ __ __ Luogo di Nascita: Provincia:

Codice Fiscale/P.IVA:

Residenza: Via: Numero civico:

CAP: Comune/Località: Provincia:

Telefono: E-mail: Quota: %

Il Beneficiario designato dichiara di voler accettare il beneficio rendendolo **irrevocabile**.

Firma del Beneficiario

Il Contraente dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai Beneficiari, prima dell'evento assicurato.

ESAME SEMPLIFICATO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE:

L´esame "semplificato" delle condizioni di salute qui di seguito specificato può essere eseguito se viene richiesto esclusivamente il rischio assicurativo „morte" (senza coperture aggiuntive, infortunio o malattia) con una copertura non superiore a 20.000 €, età di entrata massima 64 anni ed età finale massima di 75 anni.

Dichiarazione relativa all'esame semplificato delle condizioni di salute La seguente dichiarazione da Lei rilasciata è veritiera?
Con la presente dichiaro di essere attualmente abile al lavoro al 100% e di non percepire o non aver chiesto prestazioni per ridotta capacità di guadagno, inabilità professionale o di guadagno o in quanto necessito di assistenza di lungo periodo.
Confermo inoltre che negli ultimi 5 anni non sono stato ricoverato e non sono stato curato per la stessa malattia, lo stesso disturbo o gli stessi problemi di salute per un periodo ininterrotto non superiore a 3 settimane o di non aver assunto farmaci.

Garantisco di non essere affetto attualmente o di non essere stato affetto dalle seguenti malattie, malattie tumorali maligne, malattie del sistema nervoso o psicologiche, infezione da HIV, infarto del miocardio, colpo apoplettico. ◯ Si ◯ No

Data e firma della persona da assicurare

Se alla dichiarazione è necessario rispondere alle domande sulle condizioni di salute specificate in questa pagina.

DOMANDE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1. **Attività professionale attuale**
2. **Ha dei figli?** ◯ Si ◯ No
3. **Altezza e peso** __ __ __ cm __ __ __ kg
4. **Fuma?** ◯ Si 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
6.	Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto regolarmente farmaci per problemi di salute, dolori o malattie?	◯	◯
7.	Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto sostanze stupefacenti?	◯	◯
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?	◯	◯
9.	Attualmente percepisce o negli ultimi 5 anni ha richiesto una pensione di invalidità o per incapacità professionale?	◯	◯
10.	Attualmente soffre o negli ultimi 5 anni ha sofferto di dolori, problemi di salute o delle seguenti patologie?		
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	◯	◯
b)	Disturbi del metabolismo, ghiandole con secrezione interna, p.es. diabete, gotta, colesterolo alto, trigliceridi, disturbi funzionali della tiroide o altre malattie metaboliche	◯	◯
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	◯	◯
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)	◯	◯
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	◯	◯
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	◯	◯
g)	Malattie tumorali di tipo benigno o maligno (p. es. cancro, miomi, adenomi, lipomi, polipi, cisti) o altre patologie di tipo tumorale.	◯	◯
h)	Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (p.es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre	◯	◯
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:** __ __ **DX** __ __ **SX**	◯	◯
j)	Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici	◯	◯
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?	◯	◯
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 alleghi copia della relazione medica (non in caso di tonsillectomia o appendicectomia)	◯	◯
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?	◯	◯

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 alleghi alla richiesta).

RICHIESTA DI MODIFICA

Domanda no.	Tipo di malattia, disturbo, variazione, prodotti assicurativi	Quando? Per quanto tempo?	Nome e indirizzo del medico /dell'ospedale / della compagnia assicuratrice

ALTRE MODIFICHE

Si prega di rendere valide tutte le modifiche alla data seguente _____ . _____ . _____

Luogo e data

Firma dell'assicurato o del genitore/tutore del minore

IDENTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE DA PARTE DELL`INTERMEDIARIO

In qualità di intemediario 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 confontandoli 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

IT-0121