

Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

No. di iscrizione nel RUI dell'intermediario

No. di iscrizione nel RUI del collaboratore

**DATI DEL CONTRAENTE**

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

**DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (SE CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)**

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

**MODIFICA DEL PREMIO RICORRENTE**

Nuovo Premio Ricorrente (incrementato) \*      €

Frazionamento:  mensile  
 trimestrale  
 semestrale  
 annuale

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

**PREMIO UNICO AGGIUNTIVO**

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

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

**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 € 10.000,00)      €

Somma assicurata in caso di malattia, interventi chirurgici e assistenza di lungo periodo (minimo € 10.000,00)      €

Somma assicurata in caso di Infortunio e morte da Infortunio (minimo € 10.000,00)      €

**MODIFICA DEL RAPPORTO DI ALLOCAZIONE FRA I FONDI ASSICURATIVI NOVIS**

Fondo Interno NOVIS Fixed Income - Conservativo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Ripartizione uniforme del premio versato 1/12 per fondo.
Fondo Interno NOVIS Global Select - Bilanciato	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno NOVIS Sustainability - Sostenibilità	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno NOVIS Sustainability Plus - Sostenibilità Plus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno NOVIS Discovery	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno a Crescita Garantita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno Azionario ETF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno Oro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno Aziende	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno Ipoteche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno Family Office	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno World Brands	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
<b>TOTALE</b>	<b>100 %</b>	

### MODIFICA DEL MANDATO DI ADDEBITO SEPA (AUTORIZZAZIONE)

A Mezzo bonifico bancario a favore di NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. presso Banca Intesa Sanpaolo.

IBAN: IT69B0306912711100000013380 Causale (Indicare numero di proposta, nome e cognome del Contraente)

BIC/SWIFT: BCITITMMXXX

Autorizzo la NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. presso Banca Intesa Sanpaolo, 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

### MODIFICA DEI BENEFICIARI

- Beneficiario caso Vita coincide con il Contraente.  
 Il Richiedente designa come Beneficiari gli eredi testamentari o, in assenza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali fra loro.  
 Beneficiari coincidono con i Beneficiari di seguito designati:

BENEFICIARIO:

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



BENEFICIARIO:

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.

**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

