

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

Indirizzo

Cap  Località

Cittadinanza

Data di nascita

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)     €

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

Somma assicurata in caso di Infortunio e morte da Infortunio\*     €

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 a crescita garantita	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Ripartizione uniforme del premio versato 1/7 per fondo.  <input type="radio"/> Non è possibile selezionare per ciascun fondo una percentuale superiore al 50%
Fondo assicurativo NOVIS azioni ETF	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo assicurativo NOVIS oro	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo assicurativo NOVIS aziende	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo assicurativo NOVIS ipoteche	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo assicurativo NOVIS Family Office	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo assicurativo NOVIS World Brands	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
<b>TOTALE</b>	<b>100 %</b>	

## MODIFICA DEL MANDATO DI ADEBITO SEPA (AUTORIZZAZIONE)

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

IBAN: IT91M0585611601050571339011

Causale\*:

Autorizzo la NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa 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

### MODIFICA DEI BENEFICIARI

Nome: _____		Cognome: _____	
Data di Nascita: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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 <b>irrevocabile</b> .		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? <input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	
3. Altezza e peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> kg	4. Fuma? <input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b> (non ho fumato negli ultimi 12 mesi)	Numero sigarette/sigari al giorno _____	
5. Pratico i seguenti sport: Sport ricreativo: _____ Sport a livello dilettantistico: _____		Sport a livello professionale: _____	
6. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto regolarmente farmaci per problemi di salute, dolori o malattie?	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
7. Attualmente assume o negli ultimi 5 anni ha assunto sostanze stupefacenti?	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	h) Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (p.es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
9. Attualmente percepisce o negli ultimi 5 anni ha richiesto una pensione di invalidità o per incapacità professionale?	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	j) Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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 allegghi copia della relazione medica (non in caso di tonsillectomia o appendicectomia)	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>	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"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
e) Malattie delle ossa, articolazioni, muscoli (p. es. mal di schiena, dolori duraturi agli arti, reumatismi, artrosi, osteoporosi) o altre ma-	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b>		

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 allegghi alla richiesta).

