

Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

No. di iscrizione nel RUI dell'intermediario

No. di iscrizione nel RUI del collaboratore

DATI DEL CONTRAENTE

Nome _____
 Cognome/Ragione sociale _____
 Indirizzo _____
 Cap _____ Località _____
 Modifica valida alla data ____ . ____ . ____

Sig. Sig.ra Persona giuridica
 Cittadinanza _____
 Data di nascita _____
 Domicilio fiscale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (SE CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Sig. Sig.ra Nome _____
 Codice fiscale _____
 Cap _____
 Luogo di nascita _____
 Telefono (cellulare) _____
 Località _____

Cognome _____
 Indirizzo _____
 Data di nascita _____
 Cittadinanza _____
 Stato in cui il rappresentante legale ha la residenza fiscale _____
 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* €

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 Interno NOVIS Fixed Income - Conservativo	<input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Ripartizione uniforme del premio versato 1/4 per fondo.
Fondo Interno NOVIS Global Select - Bilanciato	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno NOVIS Sustainability - Sostenibilità	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
Fondo Interno NOVIS Discovery	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
TOTALE	100 %	

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 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

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: 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.

QUESTIONARIO SANITARIO

Nome Cognome: _____

Data di nascita: _____ Codice fiscale: _____

1. Si prega di indicare:

Altezza e peso: _____ cm _____ kg

Professione: _____

SI (Fornire
dettagli
in merito) NO

2. Attualmente assume o ha mai assunto farmaci per un periodo continuativo superiore ai 21 giorni?

3. Attualmente soffre o negli ultimi 5 anni ha sofferto di dolori, problemi di salute o delle seguenti patologie?

a. Patologie riguardanti cuore, vasi sanguigni, ipertensione, pressione sanguigna instabile, aritmie cardiache, tachicardia, soffio cardiaco, cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, angina pectoris, dolori al petto, vene varicose, trombosi o di altre patologie cardiache, vascolari.

b. Patologie riguardanti le vie respiratorie, polmoni, asma, tubercolosi, bronchite cronica, embolismo o di altre patologie polmonari o malattie delle vie respiratorie.

c. Disturbi del metabolismo, ghiandole con secrezione interna, p.es. diabete, gotta, colesterolo alto, trigliceridi, disturbi funzionali della tiroide o altre malattie metaboliche.

d. Malattie dell'apparato digerente (esofagite, gastroduodenite, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliti ulcerose, morbo di Crohn, diverticolosi colica, ernie, malattie di pancreas, malattie del fegato, vescica biliare, itterizia) o altre patologie degli organi digestivi.

	SI (Fornire dettagli in merito)	NO
e. Malattie dei reni, sistema urogenitale, prostata (nefriti/glomerulonefriti, nefrosi, disturbi delle vie urinarie (p.es. proteine o sangue nelle urine, calcolosi, etc), prolasso uterino, miomi, fibromiomi uterini, cisti ovariche, varicocele/idrocele, malattie della prostata, malattie della mammella, altre).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Malattie del Sangue, sistema immunitario (es. clorosi, disturbi della coagulazione del sangue, emofilia, leucemia, alterazioni dell'emocromo, patologie della milza, infezione da HIV, AIDS, allergie, altre).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Malattie delle ossa, articolazioni, muscoli (es. mal di schiena, dolori duraturi agli arti, arti mancanti, reumatismi, artrosi, osteoporosi, ernia del disco) o altre malattie delle ossa, delle articolazioni o dei muscoli.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Malattie del cervello, midollo spinale e nervi, malattie psichiche (p.es. cefalea, emicrania, vertigini, epilessia, sclerosi multipla, ictus, paralisi, depressioni, disturbi psichici, tentativi di suicidio) e/o altre patologie del sistema nervoso, incluse le malattie neurologiche (demenza, Alzheimer, Parkinson, altre malattie).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Patologie di occhi o orecchie (p.es., malattie della retina, glaucoma, cecità, sordità, sordomutismo, disturbi dell'udito) o altre malattie degli occhi e delle orecchie, vizi di rifrazione (miopia, presbiopia, astigmatismo ecc.). Indicare diottrie degli occhiali/lenti (Sx; Dx).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici, difetti alla nascita, traumi, conseguenze permanenti da incidente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Attualmente soffre o ha mai sofferto di Malattie tumorali di tipo benigno o maligno (es. cancro, miomi, adenomi, lipomi, polipi, cisti) o altre patologie di tipo tumorale, incluse tutte le forme pre-maligne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. È in attesa di ricevere esiti di esami già eseguiti, in seguito a disturbi persistenti, ancora non diagnosticati, quali dolori al petto, costipazione persistente, sangue nelle feci, tosse, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, astenia (debolezza, stanchezza, mancanza di energia), diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche? (Risonanza magnetica, TAC, radiografie, ecografie, test funzionalità epatica, markers epatite, fondo oculare, ECG, elettroencefalogramma, mammografia, analisi delle urine, esami del sangue, test HIV).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Negli ultimi 12 mesi ha avuto bisogno dell'aiuto, dell'assistenza di una persona o da parte di un'associazione, ente o di un gruppo di volontari nella preparazione dei pasti, nel fare la spesa, nella gestione delle proprie attività quotidiane, nella gestione dei soldi, nell'igiene personale, negli spostamenti dentro e fuori la propria abitazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Percepisce o ha in corso la richiesta per ottenere assegno o pensione di invalidità derivanti da malattia o traumi riconosciuti da compagnie di assicurazione, INAIL, INPS o altri organi di previdenza e/o assistenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nella Sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) sono mai stati diagnosticati tumori maligni e/o malattie neurologiche prima dei 55 anni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. a) Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (come per esempio pugilato, speleologia, arrampicata, ippica, sci d'acqua, le arti marziali, alpinismo, sci fuori pista, sport aerei (come paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, alianti, volo acrobatico), scalate su ghiaccio; gare di motonautica, immersioni subacquee, vela agonistica o sport automobilistico in qualsiasi gara o prova temporizzata e comunque ogni forma di sport estremo (come base jumping, rooftopping, parkour qualsiasi attività ad esse comparabile o di natura simile)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Pratica altre attività sportive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sì, quali? _____		
A che livello pratica l'attività: <input type="radio"/> Dilettante (amatoriale) <input type="radio"/> Semi-professionale <input type="radio"/> Professionale		
11. Pratica un'attività professionale che la espone ad un rischio particolare (come per esempio guida alpina, sommozzatore, lavorare ad altezze superiori a 15metri, lavorare sui tetti, ponteggi, impalcature, lavori su aerei non di linea, in contatto diretto con prodotti/sostanze pericolose (e.g. esplosive, infiammabile, tossiche, radioattive), speleologo, lavori nell'industria mineraria, militare o forze dell'ordine appartenente a forze speciali).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sì, quali? _____		
12. Fuma o ha fumato negli ultimi 12 mesi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se la risposta è Sì, quante sigarette/sigari al giorno? _____		
13. Le è stato suggerito un trattamento o è stato trattato a causa di alcool, droghe o altra dipendenza (ad es. Gioco d'azzardo e altro)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sta pianificando di viaggiare in qualche paese rischioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Domanda no.	Tipo di malattia, di disturbo, cambiamento	Quando? Per quanto tempo?	Nome e indirizzo del medico/dell'ospedale	Numero documenti aggiuntivi allegati

DOMANDE DA AGGIUNGERE NEL QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DELL'ASSICURANDO:

- | | SI | NO |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Negli ultimi 3 mesi ha manifestato i sintomi del Covid-19 (quali tosse, affanno e febbre superiore a 37,5 – i sintomi indicati si devono manifestare contestualmente) o è mai stato invitato a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi, su consiglio del medico, per almeno 14 giorni? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Nell'ultimo mese, a causa del Covid19, è stato invitato a mettersi in autoisolamento (*) senza sintomatologia (a causa di contatti con soggetti positivi al Covid19) o a seguito di un viaggio?
(*) Sono escluse tutte le eventuali restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SE L'ASSICURANDO RISPONDE SI AD UNA DELLE DUE DOMANDE, DOVR RISPONDERE AL SUCCESSIVO QUESTIONARIO COVID-19

QUESTIONARIO COVID-19

- | | SI | NO |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. L'assicurando si è sottoposto al tampone?
Se SI, indicare con esattezza la data e il risultato | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. E' stata confermata la diagnosi di Covid - 19?
Se SI, indicare con esattezza la data? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Si è mai sottoposto al test sierologico per la ricerca di anticorpi SARS-CoV-2?
Se SI, indicare con esattezza la data e il risultato | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. E' stato dichiarato ufficialmente guarito ed è ritornato alle normali attività della vita quotidiana?
Se SI, indicare con esattezza la data
Se NO, indicarne il motivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. E' tornato a svolgere la sua occupazione senza conseguenze legate all'infezione da Covid -19?
Se NO, indicarne con esattezza il motivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Negli ultimi 2 mesi ha intrapreso viaggi in paesi - europei o extra-europei - per i quali il Ministero degli Affari Esteri prevede forti restrizioni perché ad alto rischio di contagio come indicato nel sito della Farnesina?
Se SI, indicare la destinazione la durata del viaggio ed il motivo del soggiorno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- Io sottoscritto(a) dichiaro che le affermazioni rese sono complete e corrispondono a verità, per quanto di mia conoscenza, e di non aver sottaciuto alcuna informazione che possa influenzare la valutazione o l'accettazione della presente proposta di assicurazione.
- Dichiaro inoltre che la presente dichiarazione costituisce parte integrante della proposta di assicurazione e che la mancata comunicazione di fatti a mia conoscenza potrebbe determinare l'annullamento del contratto.
- La compagnia assicurativa NOVIS può richiedere informazioni aggiuntive in base alle informazioni riportate nel presente questionario per la conclusione del processo valutativo.

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

