

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

# NOVIS PIR Insurance

powered by





**DOMANDE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO**

1. Si prega di indicare:			SI (Fornire dettagli in merito)	NO
Altezza e peso:	cm	Kg		
2. Attualmente assume o ha mai assunto farmaci per un periodo continuativo superiore ai 21 giorni?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Patologie riguardanti le vie respiratorie, polmoni, asma, tubercolosi, bronchite cronica, embolismo o di altre patologie polmonari o malattie delle vie respiratorie.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 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"/>	<input type="radio"/>
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.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Malattie dei reni, sistema urogenitale, prostata (nefriti/glomerulonefriti, nefrosi, disturbi delle vie urinarie (p.es. proteine o sangue nelle urine, calcolosi, etc), prollasso 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?

9. Nella Sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) sono mai stati diagnosticati tumori maligni e/o malattie neurologiche prima dei 55 anni?

10. Indichi le Sue attività sportive:

A che livello pratica l'attività:

Dilettante (amatoriale)  Semi-professionale  Professionale

11. Pratica regolarmente o nel tempo libero sport o attività ricreative pericolose (ad es. paracadutismo, arti marziali, immersioni in apnea, sport motoristici, sci estremo, sport aeronautici)?

Se sì, quali?

A che livello pratica l'attività:

Dilettante (amatoriale)  Semi-professionale  Professionale

12. Si prega di precisare l'attuale attività lavorativa?

a) Durante il Suo lavoro è esposto a prodotti/sostanze pericolose, come esplosivi, sostanze tossiche, etc?

b) Guida macchinari pesanti, gru, etc?

c) Lavora sottoterra o sott'acqua?

d) Lavora in altezza superiori a 6 m?

13. Fuma o ha fumato negli ultimi 12 mesi?

Se la risposta è Sì, quante sigarette/sigari al giorno?

14. 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)?

15. Sta pianificando di viaggiare in qualche paese rischioso?

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?<br>(* 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'assicurato si è sottoposto al tampone?<br>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?<br>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?<br>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?<br>Se SI, indicare con esattezza la data<br>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?<br>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?<br>Se SI, indicare la destinazione la durata del viaggio ed il motivo del soggiorno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**DOMANDE RELATIVE ALLA SALUTE DELL'ASSICURATO****AVVERTENZE:**

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;
- b) Le informazioni non complete od errate impediscono all'assicuratore di formulare una valutazione corretta dei rischi della persona che deve essere assicurata e potrebbero compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;
- c) Prima della sottoscrizione del questionario sullo stato di salute, l'Assicurato, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel

**questionario stesso;**

- d) L'Assicurato libera dal segreto professionale gli ospedali, i medici e le Compagnie di assicurazione e autorizza a fornire a NOVIS tutte le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato richieste in relazione all'assicurazione proposta;
- e) **L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

Data e firma dell'Contraente-Assicurato

**AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE ELETTRONICA**

Il Contraente-Assicurato dichiara di voler ricevere le informazioni relative al contratto tramite mezzi di comunicazione telematici. Tale scelta può essere revocata in ogni momento, richiedendo che le comunicazioni vengano trasmesse in forma cartacea. In ogni caso, il Contraente-Assicurato può chiedere la versione cartacea delle informazioni e comunicazioni ricevute telematicamente.

La trasmissione e ricezione delle comunicazioni da parte di NOVIS avviene tramite il seguente indirizzo: servizioclienti@novis.eu

Il Contraente-Assicurato dichiara di avere regolare accesso alla rete Internet e indica di seguito il proprio indirizzo di posta elettronica:

Data e firma del Contraente-Assicurato

## PROCEDURA DI ACCETTAZIONE DOPO LA PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA E INFORMAZIONI PER IL RECESSO

La copertura assicurativa decorre dopo l'accettazione della proposta da parte della Compagnia. L'accettazione della proposta è comunicata mediante invio da parte della Compagnia, tramite posta elettronica (se è stato fornito il relativo consenso) o tramite posta raccomandata, della conferma di accettazione o del certificato di polizza. La procedura di accettazione della proposta avviene nel termine massimo di otto settimane dalla ricezione della proposta medesima da parte della Compagnia.

Il recesso può essere esercitato entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui il Contraente-Assicurato ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. Può inviare la comunicazione di recesso tramite raccomandata a/r a NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovacchia.

## FIRMA DEL RICHIEDENTE PER LA STIPULA DEL CONTRATTO NOVIS PIR Insurance

Il Contraente-Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte rese all'interno della presente Proposta sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza rilevante ai fini della valutazione dei rischi da parte della Compagnia anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

**Il Contraente-Assicurato dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), DIP aggiuntivo IBIP, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di Proposta.**

Il Contraente-Assicurato dichiara di aver ricevuto il Regolamento dei Fondi Interni cui sono collegate le prestazioni del Contratto e di essere consapevole che il Regolamento dei Fondi Interni e ogni suo successivo aggiornamento sono disponibili sul sito internet della Compagnia [www.novis.eu](http://www.novis.eu)

Il Contraente-Assicurato dichiara altresì:

di essere fiscalmente residente in Italia;

di agire al di fuori di una attività di impresa commerciale;

**di non essere titolare di altro Piano Individuale di Risparmio, fatta salva la contemporanea titolarità di un Piano Individuale di Risparmio „alternativo“, costituito ai sensi dell'art. 13 bis della Legge 19 dicembre 2019, n. 157, in quanto la contemporanea titolarità di più Piani Individuali di Risparmio comporta il venir meno del vantaggio fiscale previsto dalla normativa in vigore;**

**di essere consapevole che, per ottenere il vantaggio fiscale ai sensi dell'art. 1, comma 112 della Legge 11 dicembre 2016, n° 232 (Legge di bilancio 2017) e successive modifiche ed integrazioni, dovrà detenere il prodotto per un periodo non inferiore a 5 anni dalla data di versamento di ciascun premio.**

Si allegano alla presente proposta no.   documentazione integrativa

Confermo di aver ricevuto i seguenti documenti:

**Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e dichiarazione di adeguatezza**

**Set Informativo**

**Regolamento del/i Fondo/i Interno/i**

Luogo e data

Firma del Contraente

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3 (Bonus Fedeltà Novis); Art. 4 (Esclusioni); Art. 6 (Conclusione del contratto, durata e decorrenza del Contratto e delle relative coperture assicurative); Art. 10 (Costi associati al Contratto); Art. 11 (Rischi associati al fondo interno assicurativo); Art. 12 (Obblighi delle Parti); Art. 14 (Riscatto e riduzione); Art. 20 (Legge applicabile al contratto e Foro competente)

Luogo e data

Firma del Contraente-Assicurato

## IDENTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO

In qualità di intermediario attesto di aver verificato i dati del richiedente, necessari per l'accertamento dell'identità, in presenza del richiedente stesso. Ho verificato la correttezza dei dati e della firma/delle firme con il documento di identità che mi è stato presentato. Confermo che i dati inseriti sono corretti. Non sono inoltre note altre circostanze che possano aumentare il rischio, laddove non siano contenute in una relazione separata allegata.

Tipo di documento di identità: \_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_

Paese di rilascio: \_\_\_\_\_

**Luogo e data, Firma dell'intermediario:** \_\_\_\_\_

Numero del documento di identità: \_\_\_\_\_

Rilasciato il: \_\_\_\_\_

Valido fino al: \_\_\_\_\_

# Fondamentalmente Internazionale

NOVIS è una società di assicurazione che offre un numero considerevole di innovazioni importanti per i clienti in dieci paesi europei. Nell'anno 2017 abbiamo conseguito con successo sia un inizio positivo nel mercato italiano.

NOVIS, una società di assicurazione globale capace di offrire i propri servizi a livello internazionale.



