

MODULO DI PROPOSTA

Safety Life

powered by



Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

Numero di iscrizione
nel RUI**CONTRAENTE-ASSICURATO**

Nome	Cognome	Sesso	<input type="radio"/> Male	<input type="radio"/> Female
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	<input type="text"/>	Stato
Indirizzo di residenza	Comune			
CAP	Stato			
Cittadinanza	Codice fiscale			
Il Contraente è stato identificato mediante	<input type="radio"/> Carta d'identità <input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Altro documento equipollente			
N° documento	Ente che ha emesso il documento			
Inizio periodo di validità	Fine periodo di validità			
Numero di telefono				

ESECUTORE

Nome	Cognome	Sesso	<input type="radio"/> Male	<input type="radio"/> Female
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	<input type="text"/>	Stato
Indirizzo di residenza	Comune			
CAP	Stato			
Cittadinanza	Codice fiscale			
L'esecutore è stato identificato mediante	<input type="radio"/> Carta d'identità <input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Altro documento equipollente			
N° documento	Ente che ha emesso il documento			
Inizio periodo di validità	Fine periodo di validità			

DECORRENZA ASSICURAZIONE E PREMIO

Data di decorrenza del contratto	Durata in anni			
Anno di scadenza				
Capitale caso morte (pari o superiore a EUR 20.000,00)	/ 00 EUR	<input type="radio"/> A - Tariffa Temporanea caso morte a premio costante <input type="radio"/> B - Tariffa temporanea caso morte a premio crescente		
Frazionamento:	<input type="radio"/> mensile <input type="radio"/> trimestrale <input type="radio"/> semestrale <input type="radio"/> annuale			
Importo premio (annuale)				

MODALITÀ DI PAGAMENTO

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 BIC/SWIFT: BCITITMMXXX

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

Autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (Addebito SDD). (Allegare modulo compilato e firmato).

Nel caso di pagamenti a favore di soggetti diversi da NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. ovvero di pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle sopra indicate, la Compagnia intenderà il pagamento come non effettuato.

AVVERTENZA: agli intermediari è fatto divieto di ricevere denaro contante o assegni a titolo di pagamento dei premi o qualsiasi altro titolo.

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?
(*) 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?
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"/> |

DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURATO IN RELAZIONE AL PROPRIO STATO DI SALUTE E ALLE ABITUDINI DI VITA**AVVERTENZE:**

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente-Assicurato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;
- 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;
- Prima della sottoscrizione del questionario sullo stato di salute, il Contraente-Assicurato, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;

- Il Contraente-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 del Contraente-Assicurato richieste in relazione all'assicurazione proposta;
- Il Contraente-Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

Data e firma del 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 presente proposta di assicurazione è presentata dal Contraente-Assicurato. Il termine per l'accettazione della proposta da parte della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. è di sei settimane da quando la stessa sarà pervenuta alla sede della Compagnia.

La copertura assicurativa non decorre prima che la procedura per la proposta di assicurazione sia conclusa, vale a dire prima che sia stata accettata dalla NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni,

NOVIS Poistovňa a.s. mediante invio tramite posta elettronica della conferma di accettazione o della polizza.

Il recesso può essere esercitato entro 30 (trenta) dal momento in cui 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.

DICHIARAZIONI DI CONTRAENTE ASSICURATO

- 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 e 1893 del Codice Civile.
- Il Contraente-Assicurato dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, composto dal DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, Condizioni Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di Proposta (Edizione GTC-60190506).

Il Contraente-Assicurato dichiara inoltre:

- di aver preso atto della revocabilità della presente Proposta di Assicurazione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso. In caso di revoca della proposta, la Compagnia restituirà al Contraente, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di revoca, le somme eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione, il premio versato al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- di aver preso atto che il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella presente Proposta, a condizione che sia stato pagato il premio e siano stati compilati e sottoscritti la Proposta di Assicurazione e il Questionario Sanitario contenuto nella presente proposta. Se il versamento del premio o della prima rata di premio è effettuato dopo la data di decorrenza indicata nella presente Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio o della prima rata di premio;

Luogo e data

Firma del Contraente-Assicurato



Il Contraente-Assicurato dichiara di aver letto, compreso e accettato specificamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione:

art. 2. (ESCLUSIONI: Quali sono i limiti di copertura?), art. 5. (OBBLIGHI DEI BENEFICIARI IN CASO DI EVENTO)
art. 9. (INTERRUZIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI), art. 10. (COSTI: quali sono i costi applicati al prodotto?),
art. (17 LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE).

Luogo e data

Firma del Contraente-Assicurato



DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO

In qualità di intermediario attesto di aver verificato i dati del richiedente e dell'eventuale esecutore, necessari per l'accertamento dell'identità, in presenza del richiedente stesso e dell'eventuale esecutore.

Ho verificato inoltre la correttezza dei dati e della firma/delle firme con il documento di identità che mi è stato presentato.

Luogo e data

Firma dell'intermediario



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. All'inizio del 2018 siamo entrati nel mercato assicurativo in Svezia e Islandia.

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



