

MODULO DI PROPOSTA

# Safety Life Plus

powered by



Nome dell'intermediario

Nome del collaboratore

Numero di iscrizione  
nel RUI

**CONTRAENTE**

Nome	Cognome /Denominazione sociale	Sesso	<input type="radio"/> maschile	<input type="radio"/> femminile
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	<input type="text"/>	Stato
Indirizzo di residenza/Sede legale	Comune			
CAP	Stato			
Cittadinanza	Codice fiscale /P.IVA e N. Iscrizione Registro delle Imprese			
Il Contraente è stato identificato mediante	<input type="radio"/> Carta d'identità	<input type="radio"/> Passaporto	<input type="radio"/> Altro documento equipollente	
N° documento	Rilasciato da			
Ente che ha emesso il documento	Inizio periodo di validità			
Fine periodo di validità	Numero di telefono			

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

Nome	Data di nascita	<input type="text"/>	Prov. nascita	<input type="text"/>
Cognome	Luogo di nascita			
Codice fiscale	Cittadinanza			
Indirizzo	Recapito			
Cap	Stato in cui il rappresentante legale ha la residenza fiscale			
Il Rappresentante legale è stato identificato mediante:	<input type="radio"/> Carta d'identità	<input type="radio"/> Passaporto	<input type="radio"/> Altro documento equipollente	
N° documento	Rilasciato da			
Ente che ha emesso il documento	Inizio periodo di validità			
Fine periodo di validità				

**DATI DELL'ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)**

Nome	Data di nascita	<input type="text"/>	Prov. nascita	<input type="text"/>
Cognome	Luogo di nascita			
Codice fiscale	Cittadinanza			
Indirizzo	Recapito			
Cap	Stato in cui il rappresentante legale ha la residenza fiscale			
L'Assicurato è stato identificato mediante	<input type="radio"/> Carta d'identità	<input type="radio"/> Passaporto	<input type="radio"/> Altro documento equipollente	
N° documento	Rilasciato da			
Ente che ha emesso il documento	Inizio periodo di validità			
Fine periodo di validità				

**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	Rilasciato da			
Ente che ha emesso il documento	Inizio periodo di validità			
Fine periodo di validità	Numero di telefono			

**COPERTURE FACOLTATIVE**

Il Contraente NON desidera ulteriori coperture rispetto alla copertura caso morte e NON seleziona nessuna delle Coperture facoltative disponibili.

Il Contraente seleziona le seguenti coperture facoltative:

- |  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| <input type="radio"/> Diagnosi di Cancro <sup>1</sup>                | Somma assicurata* | € |
| <input type="radio"/> Perdita totale di autosufficienza <sup>2</sup> | Somma assicurata* | € |
| <input type="radio"/> Invalidità Totale e Permanente <sup>3</sup>    | Somma assicurata* | € |

\*La Somma Assicurata per ciascuna Copertura facoltativa è di minimo € 20.000,00 e non può essere maggiore rispetto alla Somma assicurata Caso Morte.

<sup>1</sup> La Somma Assicurata per Diagnosi di Cancro è di massimo € 200.000,00.

<sup>2</sup> La Somma Assicurata per Perdita totale di autosufficienza è di massimo € 48.000,00.

<sup>3</sup> La Somma Assicurata in caso di Invalidità Totale e Permanente è di massimo € 200.000,00.

**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
	Frazionamento: <input type="radio"/> mensile
	L'importo del premio è indicato nel documento „Calcolo del premio per il prodotto NOVIS Safety Life Plus “ che forma parte integrante del contratto di assicurazione.

**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

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.

**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 o 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 Con-

Data e firma  
del Contraente

- traente-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

Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

## AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE ELETTRONICA

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

Data e firma del Contraente

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

La presente proposta di assicurazione è presentata dal Contraente. 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 otto 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 Ludovita Štúra 2, 811 02 Bratislava.**

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'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-60210413).

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;

Firma del Contraente

Luogo e data

Firma dell'Assicurato  
(se diverso dal Contraente)

CONSENSO DELL'ASSICURATO ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE SULLA PROPRIA VITA

L'assicurato acconsente alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Data, Luogo

Firma dell'Assicurato

Il Contraente 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

## 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.



