

NOVMIS

Gemini Life

MODULO
DI PROPOSTA



Numero di Proposta

GTC-60230034

R60 R36 RN

Denominazione / Nome	Numero iscrizione RUI
Intermediario 1	EQA Life S.r.l
Intermediario 2	
Intermediario 3	
Collaboratore dell'Intermediario che distribuisce il contratto	

DATI DEL CONTRAENTE

Signor Signora Persona giuridica

Data di nascita

Prov. nascita

Nome

Luogo di nascita/sede legale

Cognome/Ragione Sociale

Cittadinanza

Codice fiscale/P.IVA

Telefono (cellulare)

Indirizzo/sede legale

Stato in cui il richiedente ha la residenza fiscale

Cap Località

(Se persona giuridica) N. iscrizione Registro Imprese

Prov.

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (SE CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Signor Signora

Data di nascita

Prov. nascita

Nome

Luogo di nascita

Cognome

Cittadinanza

Codice fiscale

Telefono (cellulare)

Indirizzo

Stato in cui il rappresentante legale ha la residenza fiscale

Cap Località

Prov.

PREMIO

Premio unico (minimo: € 12.000; massimo: € 120.000) €

Durata del Contratto: Vita Intera

(100% Linea di investimento Portafoglio Gemini Life)

Bonus Fedeltà NOVIS:

Premio ricorrente (importo annuale) 10% dell'importo Premio unico €

pari a quattro volte l'importo annuale del premio ricorrente e il 40% del premio unico. Riconosciuto nei limiti e con le modalità previste all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione

Frazionamento: mensile

COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Somma Assicurata Caso Morte € 01. 20

La proposta per la conclusione di un contratto di assicurazione con somma assicurata caso morte pari a € 10.000 e conclusa senza procedere alla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Nota Bene! Se l'evento assicurato si verifica entro 24 mesi dalla conclusione del contratto, non sarà dovuta alcuna prestazione nel caso in cui, 12 mesi prima della conclusione del contratto, sia stata diagnosticata una malattia.

RINUNCIA ALLA COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE Selezionando la relativa casella, non verrà attivata l'opzione ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE (ITP)

RAPPORTO DI ALLOCAZIONE FRA I FONDI ASSICURATIVI NOVIS- PREMIO RICORRENTE

Fondo Interno NOVIS Fixed Income - Conservativo %

Fondo Interno NOVIS Global Select - Bilanciato %

Fondo Interno NOVIS Sustainability - Sostenibilità %

Fondo Interno NOVIS Discovery %

TOTALE 100%

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- A Mezzo bonifico bancario a favore di NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. Presso Banca Intesa Sanpaolo.

IBAN: IT69B0306912711100000013380

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

BIC/SWIFT: BCITITMMXXX

- Autorizzazione permanente di addebito in conto corrente. (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 Poist'ovňa 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.**

QUESTIONARIO SANITARIO SEMPLIFICATO:

IL PRESENTE QUESTIONARIO PUÒ ESSERE UTILIZZATO SOLO IN PRESENZA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI: LA SOMMA ASSICURATA CASO MORTE È SUPERIORE A 10.000 € E NON ECCEDE I 30.000 € E L'ETÀ DI INGRESSO NON È SUPERIORE A 70 ANNI.

Importante! La preghiamo di notare che ha l'obbligo di rispondere in modo veritiero e completo. Nel caso di risposte inesatte o incomplete, NOVIS può recedere dal contratto.

1. Soffre o ha sofferto di qualunque tipo di malattia cardiaca, malattie del sistema nervoso, cancro, diabete, HIV/AIDS? SÌ NO
2. È stato ricoverato in ospedale e/o ha avuto più di 3 settimane consecutive di assenza dal lavoro per malattia o infortunio negli ultimi 2 anni? SÌ NO
3. È stato sottoposto ad esami medici, trattamenti o altri consulti da parte di medici o assistenti, a parte i regolari controlli con esiti normali nel corso degli ultimi 2 anni? SÌ NO

Se ad una delle domande di cui sopra risponde "Sì", sarà necessario rispondere a tutte le domande del questionario sanitario esteso e allegarlo alla presente proposta per la stipula del contratto di assicurazione.

Data e firma dell'Assicurato

DOMANDE RELATIVE ALLA SALUTE DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE:

- a) **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa;**
- b) 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;
- 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'Assicurato

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 può chiedere la versione cartacea delle informazioni e comunicazioni ricevute telematicamente.

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 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 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 Poist'ovní a.s. Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovacchia.

FIRMA DEL RICHIEDENTE PER LA STIPULA DEL CONTRATTO NOVIS Gemini Life

- Il Contraente 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 dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), DIP aggiuntivo IBIP, Condizioni Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di Proposta, Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e dichiarazione di adeguatezza. Il Contraente dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso visione, prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il documento informativo sulla sostenibilità nel settore dei servizi finanziari ("SFDR"), inclusi i documenti informativi sulle caratteristiche ambientali e/o sociali del prodotto, e Obiettivo di investimento sostenibile in conformità al Regolamento (UE) 2019/2088 del 27 novembre 2019 relativo all'informativa sulla sostenibilità nel settore dei servizi finanziari. Il Contraente dichiara altresì 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.

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 (Conclusioni 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

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 o con l'estratto dal Registro delle imprese. 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.

Numero del documento di identità:

Tipo di documento di identità:

Rilasciato il:

Rilasciato da:

Valido fino al:

Paese di rilascio:

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.

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

