

## **COPERTURA ASSICURATIVA OFFERTA INFORTUNI e/o MALATTIA CUMULATIVA**

### **PARTE PRIMA: TEST DEMANDS & NEEDS**

Informazioni fornite dal Contraente per valutare la coerenza del contratto

<b>SEZIONE A - AVVERTENZE PER IL CONTRAENTE</b>	
<p>Il Codice delle Assicurazioni e il Regolamento IVASS n° 40 del 2 agosto 2018 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.</p> <p>Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente. L'assenza (totale o parziale) di informazioni e/o la valutazione di incoerenza del prodotto assicurativo alle esigenze del cliente impedisce la distribuzione del contratto.</p> <p><b>Prima di procedere alla compilazione del presente Questionario, invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:</b></p>	
<b>1</b>	<b>si risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda</b>
<b>2</b>	<b>se taluno dei quesiti che vengono posti richiede una risposta articolata, si utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato</b>
<b>3</b>	<b>si rammenti che le risposte fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire - oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitare di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenerne l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile</b>

<b>SEZIONE B – INFORMAZIONI FORNITE DAL CONTRAENTE PER CONSENTIRE AL BROKER DI PROPORRE CONTRATTI COERENTI CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DI COPERTURA ASSICURATIVA E PREVIDENZIALE DEL CONTRAENTE STESSO O DELL'ASSICURATO</b>
---

<b>Dati anagrafici del Contraente</b>		
Nome Cognome/Ragione Sociale		Codice Fiscale/P. IVA
Indirizzo – CAP – Località – Provincia		

<b>Riparto di Coassicurazione</b>		<b>% di partecipazione</b>
Compagnia Delegataria		100%
Totale riparto di coassicurazione		100%

<b>Decorrenza, scadenza, frazionamento, tipo rinnovo</b>									
Decorrenza		Scadenza		Scadenza 1° rata		Frazion.	Premio annuo lordo	Rinnovo Tacito SI/NO	Sostituisce polizza N°
Ore	Data	Ore	Data	Ore	Data				
24.00		24.00		24.00					

Obiettivi della copertura			
Garantire il valore dei propri beni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rispettare obblighi contrattuali verso terzi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Avere indennizzi in caso di danni alla persona	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vincolare la polizza a favore di terzi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tutelare il proprio patrimonio in caso di richieste di risarcimento oppure a fronte di altre spese	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Far fronte ad obblighi di legge in relazione alla stipula di contratti assicurativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro (specificare)			
Descrizione dell'attività svolta			
ALTRE INFORMAZIONI			
La copertura assicurativa deve intendersi per i rischi professionali ed extra-professionali?			
Se no, quali rischi devono intendersi coperti?			
In caso di copertura dei rischi professionali ed extra-professionali, il tasso come viene scomposto?			
Rischio professionale _____ - Rischio extra-professionale _____			
La copertura è da intendersi:			
- in unica polizza intestata all'Azienda;		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
- in due polizze, con la scomposizione di tassi come sopra, di cui una intestata all'Azienda e l'altra alla seguente Cassa di Assistenza :		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
ASSICURATI (cancellare forma NON utilizzata)			
Gli operai in forma anonima / nominata			
Gli impiegati/tecnici/quadri in forma anonima / nominata			
I dirigenti in forma anonima / nominata			
Gli amministratori/soci/consulenti nominati			
BENEFICIARI			
Caso morte:	_____		
Caso Invalidità Permanente:	_____		
PRECEDENTI ASSICURATIVI			
Sono in corso altre polizze sul rischio da assicurare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso affermativo precisare	
		Compagnia	Scadenza
Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistro polizze sul medesimo rischio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso affermativo fornire dettagli	
		_____	

STATISTICA SINISTRI ultimi tre anni				
Data sinistro	Tipologia sinistro	Descrizione del danno ed eventuale IP residua	Importo (definitivo o presunto)	Liquidato
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Il Contraente richiede la copertura delle seguenti garanzie e dei seguenti capitali assicurati**

PRINCIPALI GARANZIE	COMPRESA/ESCLUSA
Caso morte da infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Caso invalidità permanente da infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Inabilità Temporanea da infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Diaria da gessatura	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Rimborso spese mediche da infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Diaria da ricovero per infortunio e/o malattia	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Malattia caso invalidità permanente	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa

Categoria/ Nominativo	Caso Morte	Caso IP Infortunio	Inabilità Temporanea	Diaria da ricovero infortunio e/o malattia	Diaria da gessatura	Spese mediche da infortunio	Caso IP Malattia
Gli operai in forma anonima	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Gli impiegati/tecni ci/quadri in forma anonima	volte RAL	volte RAL	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
I dirigenti in forma anonima	volte RAL	volte RAL	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Gli amministratori /soci/ consulenti nominati	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

NOMINATIVI PERSONE ASSICURATE	Data di Nascita

**NOTE IMPORTANTI**

- Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dal Contraente, sia per valutare la coerenza della proposta assicurativa formulatagli con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato, sia per fornire allo stesso Contraente un quadro sintetico della copertura assicurativa trattata. Il presente documento NON potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali che dovessero essere emessi dalla Compagnia di Assicurazione in caso di esito positivo della trattativa. La proposta di assicurazione, redatta sulla base delle informazioni e delle indicazioni fornite dal Contraente, potrebbe subire modifiche alla luce di eventuali successivi aggiornamenti delle informazioni fornite.
- **Il contraente è invitato a leggere con attenzione la documentazione informativa precontrattuale e quella contrattuale.**

**PARTE SECONDA: DICHIARAZIONI DI CONTRAENTE E INTERMEDIARIO**

(DA COMPILARSI DOPO AVER COMPILATO LA PARTE PRIMA – TEST DEMANDS & NEEDS ED AVER VERIFICATO LA COERENZA DEL PRODOTTO IN RELAZIONE ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE)

Il Contraente dichiara:			
che le informazioni dallo stesso fornite e riportate nelle pagine precedenti sono conformi a quelle da lui rese	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	che gli sono stati illustrati i costi della polizza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Contraente dichiara che gli sono stati illustrati il contenuto del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare			
Franchigie e scoperti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esclusioni limitazioni dell'oggetto della garanzia, rivalse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Massimali e somme assicurate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Periodi massimi di erogazione delle prestazioni e sottolimiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Di aver ricevuto:			
<input type="checkbox"/>	Il set informativo	Allegati 3, 4, 4ter	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Raccomandazione personalizzata (in caso di vendita con consulenza)		

richiede		
Di procedere alla copertura dei rischi e all'emissione della polizza conforme alle esigenze ed ai bisogni espressi, sinteticamente rappresentati nelle pagine che precedono del presente documento		
<b>Data</b>		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente: _____ Firma _____

<b>Data</b>		Firma dell'intermediario