

## COPERTURA ASSICURATIVA OFFERTA RIMBORSO SPESE MEDICHE

### PARTE PRIMA: TEST DEMANDS & NEEDS

Informazioni fornite dal Contraente per valutare la coerenza del contratto

SEZIONE A - AVVERTENZE PER IL CONTRAENTE	
<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>

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			
Dati anagrafici del Contraente			
<b>Cognome Nome/ Ragione Sociale</b>		<b>Codice Fiscale/ Partita IVA</b>	
Indirizzo – CAP – Località – Provincia			
<b>Quali obiettivi intendete perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?</b>			
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)			

Riparto di Coassicurazione		% di partecipazione
Compagnia Delegataria		100%
Totale riparto di coassicurazione		100%

Decorrenza, scadenza, frazionamento, tipo rinnovo									
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					

Descrizione del rischio			
Cognome e nome Assicurato			
Data di nascita		Professione	
Cognome e nome Assicurato (se diverso dal Contraente)			
Data di nascita		Professione	
Cognome e nome Assicurato (se diverso dal Contraente)			
Data di nascita		Professione	
Cognome e nome Assicurato (se diverso dal Contraente)			
Data di nascita		Professione	
(compilare più moduli se gli Assicurati sono più di quattro)			

Il Contraente richiede che la copertura operi per le seguenti garanzie e somme assicurate:	
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO:	€. _____
RIMBORSO SPESE PER ALTA DIAGNOSTICA:	€. _____
RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE / DOMICILIARI:	€. _____
RIMBORSO SPESE DENTARIE / LENTI E OCCHIALI:	€. _____
ALTRE GARANZIE SANITARIE:	€. _____
La copertura viene stipulata tramite Cassa di assistenza? Se sì quale: _____	

ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE	
QUESTIONARI ANAMNESTICI	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

PRECEDENTI ASSICURATIVI	
Sono in corso altre polizze sul rischio da assicurare? In caso affermativo precisare Compagnia e scadenza polizza	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____
Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistre polizze su beni da assicurare? In caso affermativo fornire dettagli	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____

**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
<b>Il Contraente dichiara che gli sono stati illustrati il contenuto del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare</b>			
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>	<b>Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente:</b> _____
	<b>Firma</b> _____

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