

Informazioni relative al Contraente

Gentile cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza alle Sue esigenze, del contratto che intende sottoscrivere, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste".

a) Informazioni anagrafiche N.B. In caso di persona giuridica indicare i dati del Legale Rappresentante	Nome e Cognome
	Codice Fiscale

b) Informazioni sulle persone da tutelare – Lei ha soggetti da tutelare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

c) Informazioni sulla attuale situazione assicurativa

Ha in corso polizze Rimborsio spese mediche da ricovero?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha in corso polizze Diaria giornaliera da ricovero?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha in corso polizze Invalidità Permanente da Malattia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha in corso polizze infortuni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha in corso coperture assicurative per il caso morte?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

d) Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto: quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire con il contratto?

Rimborsio spese a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diaria giornaliera a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Un capitale a seguito di Invalidità Permanente derivata da malattia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rimborsio delle spese a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Un capitale a seguito di Morte o Invalidità Permanente da infortunio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

e) Franchigie, scoperti e disponibilità economica

Le sono stati illustrati limiti, franchigie e scoperti della copertura assicurativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lei ritiene che il costo della copertura assicurativa proposta è in linea con le sue disponibilità economiche?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

f) Quale periodo temporale deve garantire il contratto?	<input type="checkbox"/> annuale	<input type="checkbox"/> quinquennale
	<input type="checkbox"/> decennale	<input type="checkbox"/> oltre

Firma dell'Intermediario

Firma del Contraente

<p>Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste Dichiaro di non voler fornire una o più informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.</p>	
_____	_____
Firma dell'Intermediario	Firma del Contraente

<p>Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto. Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza.</p>	
_____	_____
Firma dell'Intermediario	Firma del Contraente