

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI INDIVIDUALE

PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA

Informazioni fornite dal Contraente per valutare l'adeguatezza del contratto

Sezione A - Avvertenze per il Contraente

Il decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e il Regolamento ISVAP n° 5 del 16 ottobre 2006 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze dei clienti. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

Qualora il Contraente rifiuti di fornire le informazioni richieste, la valutazione dell'adeguatezza del contratto, rispetto alle esigenze assicurative dello stesso, potrebbe essere pregiudicata e il Contraente dovrà rilasciare una dichiarazione attestante il rifiuto stesso.

Prima di procedere alla compilazione del presente Questionario/Proposta, La invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

- 1) **risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;**
- 2) **se taluno dei quesiti che le vengono posti richiede una risposta articolata, utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato;**
- 3) **rammenti che le risposta 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 evitarLe di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenerne l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze a suo danno sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;**

Sezione B – Informazioni riguardanti il Contraente e suoi obiettivi assicurativi			
Nome e Cognome		Codice Fiscale	
Indirizzo – CAP – Località – Provincia _____			
Quali obiettivi intendete perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?			
Tutelare il proprio patrimonio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rispettare obblighi contrattuali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Garantire una somma assicurata ai propri eredi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vincolare la polizza ad un istituto di credito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro (specificare) _____			

Sezione C - Informazioni riguardanti il rischio da assicurare			
Cognome e nome Assicurato (se diverso dal Contraente)		_____	
Data di nascita	_____	Professione ¹	_____
Categoria professionale			Barrare con X il caso che ricorre
Con accesso a cantieri ²			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Senza accesso a cantieri ³			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Con lavoro manuale ⁴			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Reddito netto annuo da lavoro dell'assicurato ⁵	€ _____		

¹ Nota importante: l'assicurato deve ricordarsi di notificare alla compagnia eventuali modifiche della professione.

² Persone **che non esercitano attività manuale ma che accedono abitualmente a cantieri**, laboratori, officine.

³ Persone che non esercitano attività manuali e che **non svolgono abitualmente attività in cantieri od ambienti** ove sono in funzione macchine operatrici o macchine utensili.

⁴ Persone che svolgono un lavoro manuale.

⁵ Dato indicativo.



N° persone a carico		Coniuge a carico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Figli minori a carico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------	--	------------------	---	-----------------------	---

L'Assicurato pratica attività sportive pericolose? Se sì quali?	_____
--	-------

L'Assicurato richiede che la copertura operi per le seguenti garanzie e somme assicurate:

CASO MORTE:	€. _____
CASO INVALIDITA' PERMANENTE: €	€. _____
DIARIA DA INABILITA' TEMPORANEA: €	€. _____
DIARIA DA RICOVERO / GESSATURA: €	€. _____
RIMBORSO SPESE MEDICHE: €	€. _____

BENEFICIARI

Caso morte:	Gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversamente indicato
Caso Invalidità Permanente:	Gli assicurati
Diarie:	Gli assicurati

ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRECEDENTI ASSICURATIVI

Sono in corso altre polizze sul rischio da assicurare In caso affermativo precisare Compagnia e scadenza polizza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistro polizze sul medesimo rischio. In caso affermativo fornire dettagli	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

Sezione D – Dichiarazioni del Contraente circa le informazioni ricevute			
Il Contraente dichiara:			
che le scelte riportate nella proposta sono state da lui rese o condivise	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	che gli sono state illustrate le tariffe e 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, limitazione 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

Il Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della conclusione del contratto			
Il Fascicolo Informativo, composto: dalla Nota Informativa, dal Glossario e dalle Condizioni di Assicurazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il modello ISVAP 7A e 7B
Data		Firma _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sezione E – Dichiarazioni del Contraente e dell'Intermediario			
E1 - Dichiarazione del Contraente di avere fornito tutte le informazioni richieste e ordine di copertura			
<p>Il Contraente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni e le indicazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli. Pertanto richiede di procedere alla copertura dei rischi e all'emissione della polizza conforme alle esigenze ed ai bisogni espressi, sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento.</p> <p>L'Intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate con il Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.</p>			
Data		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente	Nome e cognome dell'Intermediario
		Firma _____	

E2 - Dichiarazione del Contraente di NON avere fornito una o più delle informazioni richieste e ordine di copertura			
<p>Il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative. Pertanto richiede di procedere alla copertura dei rischi e all'emissione della polizza nei termini sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento., pur in mancanza di talune informazioni richieste dall'intermediario.</p> <p>L'Intermediario prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.</p>			
Data		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente	Nome e cognome dell'Intermediario
		

E3 - Dichiarazione del Contraente di preso atto della possibile inadeguatezza della proposta e ordine di copertura			
<p>Il Contraente dichiara di essere stato raggugliato dall'Intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta di copertura da lui richiesta.</p>			
Motivi dell'inadeguatezza:			
<p>Il Contraente dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto. Pertanto esprime un ordine irrevocabile volto ad ottenere l'emissione della polizza nei termini dallo stesso richiesti, sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento.</p>			
Data		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente	Nome e cognome dell'Intermediario
		

NOTE IMPORTANTI

- Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dal Contraente, sia per valutare l'adeguatezza del contratto offerto. In ogni caso Il presente documento NON potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali ed il contraente è invitato a leggere con attenzione il FASCICOLO INFORMATIVO fornito dalla Compagnia ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35/2010, composto dalla Nota Informativa, dal Glossario e dalle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE FACOLTATIVA

NORMATIVA, SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO
Si veda polizza allegata

ALTRE CONDIZIONI
Si veda polizza allegata

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

Decorrenza		Scadenza		Scadenza 1° rata		Frazion.	Premio annuo lordo rate successive	Rinnovo Tacito SI/NO	Sostituisce polizza N°
Ore	Data	Ore	Data	Ore	Data				
24		24		24		Annuale			