



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

Il Codice delle Assicurazioni e il Regolamento IVASS n° 40 del 2 agosto 2018, come novellato dal Provvedimento n°97, obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente 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. 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.

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

1	si risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda
2	se taluno dei quesiti che vengono posti richiede una risposta articolata, si utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato
3	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

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 O DELL'ASSICURATO

Dati anagrafici del Contraente	
Nome e Cognome / Denominazione sociale	
Indirizzo ()	
Codice Fiscale	PIVA
Attività esercitata	

Obiettivi della copertura assicurativa			
Garantire il valore dei propri beni	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Rispettare obblighi contrattuali verso terzi	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Avere indennizzi in caso di danni alla persona	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Vincolare la polizza a favore di terzi	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Tutelare il proprio patrimonio in caso di richieste di risarcimento oppure a fronte di altre spese	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Far fronte ad obblighi di legge in relazione alla stipula di contratti assicurativi	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Altro (Specificare)			
Budget economico disponibile			
Descrizione del rischio			
Cognome e Nome dell'Assicurato			
Data di nascita		professione	
Cognome e Nome dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)			
Data di nascita		professione	
Cognome e Nome dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)			
Data di nascita		professione	
Cognome e Nome dell'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:	€. <input type="text"/>
Rimborso spese per alta diagnostica:	€. <input type="text"/>
Rimborso spese per visite specialistiche / domiciliari:	€. <input type="text"/>
Rimborso per spese dentarie / lenti e occhiali:	€. <input type="text"/>
Altre garanzie sanitarie:	€. <input type="text"/>

Le coperture assicurative prestate consentono all'Assicuratore di recedere dal contratto?	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO
Se sì, specificare in che termini ed a che condizioni: <input type="text"/>	
La copertura viene stipulata tramite Cassa di assistenza?	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO
Se sì, specificare quale: <input type="text"/>	

Altra documentazione fornita dal contraente	
Questionari anamnestici	<input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO

Precedenti assicurativi	
Sono in corso altre polizze analoghe sul rischio da assicurare? <i>In caso affermativo precisare Compagnia e scadenza polizza</i>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Negli ultimi tre anni sono state disdette, per sinistro, polizze sul medesimo rischio? <i>In caso affermativo fornire dettagli</i>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

NOTE IMPORTANTI
<ul style="list-style-type: none"> Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato, sia per valutare la coerenza della proposta assicurativa formulatagli con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato. 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 EDE SIGENZE 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="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	che gli sono stati illustrati i costi della polizza	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Esclusioni, limitazioni dell'oggetto della garanzia, rivalse	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Massimali e somme assicurate	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Periodi massimi di erogazione delle prestazioni e sottolimiti	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Il Contraente dichiara di aver ricevuto			
<ul style="list-style-type: none"> Il set informativo Raccomandazione personalizzata (in caso di vendita con consulenza) 	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Allegato 3 M.U.P.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

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.	
Data	Firma Contraente _____