

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessarie per poter valutare in modo adeguato le sue necessità e, di conseguenza, proporle le polizze per i rischi che intende coprire. La mancanza totale o parziale di tali informazioni può rendere impossibile una corretta valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste".

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il Contraente è una persona fisica giuridica
Cognome e nome/ragione sociale (nel caso di persona giuridica)

luogo di nascita _____ prov. _____
data di nascita _____ età _____ sesso: femminile maschile

PROFILO PERSONALE

Attività lavorativa Tempo indeterminato Tempo determinato
 Lavoratore autonomo Non occupato

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA TUTELARE

La copertura assicurativa è rivolta al Contraente? SI NO

Se la risposta è NO, indicare la relazione esistente fra Assicurato e Contraente:

Vi sono altri soggetti da tutelare (familiari o altri soggetti): SI NO

Se la risposta è SI, indicare i soggetti da tutelare: _____

IL BISOGNO ASSICURATIVO

Protezione del patrimonio: Responsabilità civile Incendio/furto Abitazione Incendio/furto auto

Tutela della persona: Malattia Infortuni Assicurazione in viaggio Tutela legale Assistenza

Altro: specificare _____

OBBLIGHI DI LEGGE

Il contratto deve soddisfare obblighi di legge: SI NO

Se SI quali: _____

EVENTUALI COPERTURE ASSICURATIVE IN CORSO SULLO STESSO RISCHIO

Elencare eventuali coperture assicurative in corso sullo stesso rischio: _____



DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, risulta adeguato)

Valutata la tipologia di contratto proposta, il premio, le franchigie e gli scoperti che rimangono a carico dell'Assicurato, la durata del contratto ed in genere tutti gli elementi fondamentali che costituiscono il contratto stesso, dichiaro di voler accettare la proposta assicurativa e di voler sottoscrivere il Contratto - Polizza n. _____ in quanto adeguato alle mie esigenze.

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI NON ADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato, ma vi è comunque la volontà di sottoscriverlo)

Dichiaro di essere stato informato dal qui presente Intermediario dei motivi per i quali, sulla base delle informazioni da me fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle mie esigenze assicurative. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il Contratto - Polizza n. _____

Motivi della non adeguatezza:

- Profilo personale e situazione finanziaria non compatibili con il premio di polizza;
- Tipologia contrattuale non compatibile con l'assenza di carichi familiari;
- Durata contrattuale non conforme all'orizzonte temporale richiesto e/o all'età del Contraente;
- Contratto non conforme alla tipologia di rischio indicata;
- Franchigie/scoperti a carico dell'Assicurato non adeguati;
- Limiti, esclusioni, carenze non adeguati;

Altro (specificare)

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere nel caso in cui non si desidera fornire le informazioni richieste nel "Modulo Raccolta Dati")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Modulo Raccolta Dati", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto - Polizza n. _____

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

Il presente Modulo non costituisce documentazione contrattuale e non è in alcun modo vincolante per il Cliente



Filo diretto

ASSICURAZIONI

Una società del Gruppo Filo diretto



Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
Decreto del ministero dell'industria, commercio e artigianato
del 20/10/93 (gazzetta ufficiale del 3/11/93 n° 258)



FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A. con Socio Unico

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Filo Diretto S.p.A.

Centro Direzionale Colleoni • Via Paracelso, 14 • 20041 Agrate Brianza (MI)

Tel. 039.60.56.804 r.a. • Fax 039.60.57.533 • www.filodiretto.it

Capitale Sociale € 11.800.000,00 i.v.

Partita I.V.A. IT 02230970960 • C.F. 01757980923