

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE
DATI ANAGRAFICI CLIENTE/PROSPECT (Persona fisica/Persona giuridica)

Nome Cognome/Ragione sociale
Residenza/Sede legale
Codice fiscale/Partita IVA:
Professione/Oggetto sociale:
Ambito della copertura assicurativa richiesta: <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Lavorativo <input type="checkbox"/> Non sa/Non risponde

Gentile cliente,

in questo documento può trovare un **questionario** nel quale le chiediamo alcune informazioni necessarie, in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS 40 del 2018 per **poterle offrire** un prodotto che rispecchi **le sue esigenze assicurative**. Qualora decidesse di non rispondere non ci sarà possibile valutare le sue richieste ed esigenze assicurative.

QUESTIONARIO
1) PER QUALI ESIGENZE AVVERTE IL BISOGNO DI ASSICURARSI?

a) Disporre di un capitale per l'indennizzo di eventuali danni, parziali o totali, a beni immobili o mobili propri o altrui:

 Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, specificare l'interesse per:

- INCENDIO E GARANZIE ACCESSORIE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- ATTI DOLOSI O EVENTI ATMOSFERICI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- EVENTI CATASTROFALI (TERREMOTO, INOND, ALL)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- FURTO O RAPINA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- DANNI INDIRETTI, GUASTI MACCHINE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- TRASPORTO MERCI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
- DANNI AD APPARECCHIATURE ELETTRONICHE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	



b) Disporre di un capitale per l'indennizzo dei danni che io, i miei famigliari o altre persone (inclusi dipendenti, quadri e dirigenti) possiamo/possono subire a causa di infortuni o malattia, oppure di un rimborso delle conseguenti spese sanitarie:

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

☐ Se Sì, specificare l'interesse per:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - MORTE DA INFORTUNIO | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO/MALAT | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - INAB TEMPORANE, CONVALESCENZA, RICOVERO | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - RIMBORSO SPESE SANITARIE | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

c) Proteggere il patrimonio da richieste di risarcimento per danni causati a terzi:

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, specificare l'interesse per:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - FATTI DELLA VITA PRIVATA | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - RESPONSABILITÀ DEL MANAGEMENT | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - RESPONSABILITÀ IN QUALITÀ DI PRODUTTORE | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

d) Beneficiare di servizi di tutela legale, anche sotto forma di rimborso spese:

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

e) In caso di risposta affermativa ai punti a), b) e c) assicurare anche interessi italiani all'estero:

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

f) Altro:

☐
☐

g) Vuole una garanzia assicurativa cauzioni/fidejussioni?

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

h) Vuole una garanzia Rischi Tecnologici (EAR, CAR, CAR APPALTI PUBBLICI, DECENNALE POSTUMA, POSA IN OPERA E RIMPIAZZO, GUASTI MACCHINE, ELETTRONICA, LEASING BENI STRUMENTALI, ATTREZZATURE CANTIERE, ALL RISKS MACCHINARI)

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐



2) HA IN CORSO ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI A COPERTURA DEGLI STESSI BISOGNI?

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, quali?

.....

3) IL CONTRATTO È COLLEGATO A FORME DI FINANZIAMENTO (MUTUO, LEASING, ECC.)?

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, quale?

.....

4) STIPULA IL CONTRATTO PER SODDISFARE UN OBBLIGO DI LEGGE?

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, quali?

.....

5) ALTRE INFORMAZIONI UTILI SULLE SUE ESIGENZE ASSICURATIVE

.....

Data e luogo

Firma del Cliente o del _____
Rappresentante Legale



