

INFORTUNI

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA (Ai sensi dell'art. 56 regolamento IVASS 40/2018)

Gentile Cliente, la informiamo che il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere in relazione alle sue esigenze assicurative nonché, ove appropriato, in relazione alle caratteristiche e complessità del contratto offerto e alla sua propensione al rischio. La mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione della congruità della polizza, pertanto, qualora lei non intenda fornire tali informazioni, le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" in calce al documento.

AVVERTENZA PRELIMINARE INFORTUNI

L'assicurazione ha per oggetto gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

1- INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il contraente è una persona Fisica Giuridica

Cognome e nome / ragione sociale (nel caso di una persona giuridica)

Luogo di nascita: _____ prov. _____ data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Partita IVA: _____

Residenza: _____

Sede legale: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

2- INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome

Luogo di nascita: _____ prov. _____ data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residenza: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

3- PROFILO PERSONALE VALUTATIVO

Attività Professionale principale svolta _____

Attività Professionale secondaria svolta _____

Sport praticati:

-Livello non professionale e / o non agonistico: _____

-Livello professionale: _____

-Livello agonistico: _____

4- INFORMAZIONI RELATIVE ALLE GARANZIE PRESTATE

Di seguito indichi le garanzie che si desidera attivare della polizza Infortuni di Assicuratrice Milanese:

Invalidità permanente: Garanzia Obbligatoria

relativo massimale desiderato: _____

Morte: SI NO relativo massimale desiderato: _____

Beneficiario caso morte: _____

Inabilità temporanea SI NO relativo massimale desiderato: _____

Diaria da ricovero SI NO relativo massimale desiderato: _____

Diaria per gessatura SI NO relativo massimale desiderato: _____

Rimborso spese mediche SI NO

Indicare da 500€ a 5.000€ il massimale richiesto: _____

Richiesta di riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella Inail):

SI NO (in alternativa verrà adottata la tabella Ania)

Rischio professionale Rischio Extra professionale Entrambi

5- INFORMAZIONI SULLA DURATA CONTRATTUALE E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

In relazione alla durata contrattuale frazionamento del premio desidera sottoscrivere un contratto con le seguenti caratteristiche:

-Durata Annuale: SI NO

-Durata Poliennale: SI NO

-Frazionamento annuale: SI NO

-Frazionamento semestrale: SI NO

-Tacito rinnovo: SI NO

6- Dichiarazioni del Contraente

Soffre o ha mai sofferto di gravi malattie? SI NO (in caso affermativo indicare la tipologia)

Dal (data) __/__/_____

Dal (data) __/__/_____

Dal (data) __/__/_____

È affetto da infermità o difetti fisici o invalidità causate da malattia o infortunio? SI NO
(in caso affermativo indicare la tipologia ed eventuale grado di Invalidità permanente riconosciuto)

-Data e tipologia __/__/_____

-Data e tipologia __/__/_____

-Data e tipologia __/__/_____

Ha subito infortuni negli ultimi 5 anni? SI NO (in caso affermativo indicare data, tipologia, conseguenza ed esito)

-Data e tipologia __/__/_____

-Data e tipologia __/__/_____

-Data e tipologia __/__/_____

-Data e tipologia __/__/_____

Ha in corso polizze valide per lo stesso rischio (escluso INAIL)? SI NO
(in caso affermativo indicare la Compagnia massimali e garanzie)

Sono state annullate o disdettate e perché?

È a conoscenza che l'infortunio è un evento esterno, violento, fortuito che produce lesioni obiettivamente constatabili ed ha come effetto inabilità temporanea, invalidità permanente, oppure morte? SI NO

È a conoscenza che in relazione agli indennizzi della polizza Infortuni sono presenti franchigie, scoperti? SI NO

È a conoscenza che la polizza Infortuni detiene rischi esclusi e limiti di indennizzo e esclusioni? SI NO

È a conoscenza che la polizza Infortuni presenta limitazioni territoriali e limiti di età? SI NO

È a conoscenza che la Polizza prevede persone non assicurabili? SI NO

È a conoscenza delle procedure di recesso / disdetta e durata del contratto, compreso il metodo di rinnovo o cessazione? SI NO

Ha ricevuto tutta la documentazione pre contrattuale prevista dalla normativa vigente in materia? SI NO

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Dichiaro che la proposta assicurativa, sulla base delle informazioni da me fornite, risulta adeguata alle mie esigenze.

FIRMA DEL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni a me richieste, nella consapevolezza che ciò possa pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative; dichiaro altresì di voler comunque stipulare il relativo contratto.

FIRMA DEL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Cliente 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 Cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Principale/i motivo /i di inadeguatezza

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

FIRMA DEL DICHIARANTE

LUOGO E DATA _____

QUESTIONARIO RELATIVO ALLA POLIZZA _____