

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI CUMULATIVA

PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DI COERENZA

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 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso 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, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

Qualora il Contraente rifiuti di fornire le informazioni richieste, la valutazione della coerenza 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, 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 STESSO O DELL'ASSICURATO

Dati anagrafici del Contraente

Nome Cognome/Ragione Sociale	Codice Fiscale/P. IVA
Indirizzo – CAP – Località – Provincia	

Obiettivi della copertura

Descrizione dell'attività svolta

ALTRE INFORMAZIONI

La copertura assicurativa deve intendersi per i rischi professionali ed extra-professionali?

Se no, quali rischi devono intendersi coperti?

In caso di copertura dei rischi professionali ed extra-professionali, il tasso come viene scomposto?

Rischio professionale xx% - Rischio extra-professionale xx%

La copertura è da intendersi:

- in unica polizza intestata all'Azienda; SI NO

- in due polizze, con la scomposizione di tassi

come sopra, di cui una intestata all'Azienda e SI NO _____

l'altra alla seguente Cassa di Assistenza :

ASSICURATI (cancellare forma NON utilizzata)

Gli operai in forma anonima / nominata

Gli impiegati/tecnici/quadri in forma anonima / nominata

I dirigenti in forma anonima / nominata

Gli amministratori/consulenti nominati

BENEFICIARI

Caso morte: _____

Caso Invalidità Permanente: _____

PRECEDENTI ASSICURATIVI

Sono in corso altre polizze sul rischio da assicurare SI NO In caso affermativo precisare
 Compagnia _____ Scadenza _____

Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistro polizze sul medesimo rischio SI NO In caso affermativo fornire dettagli

STATISTICA SINISTRI ultimi tre anni

Data sinistro	Tipologia sinistro	Descrizione del danno ed eventuale IP residuata	Importo (definitivo o presunto)	Liquidato
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Il Contraente richiede la copertura delle seguenti garanzie e dei seguenti capitali assicurati

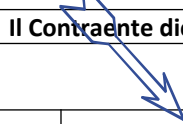
PRINCIPALI GARANZIE	COMPRESA/ESCLUSA
Infortunati caso morte	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Infortunati caso invalidità permanente	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Rimborso spese mediche da infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa
Diaria da ricovero per infortunio	<input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa

Categoria/ Nominativo	Preventivo retribuzioni	Caso Morte	Caso IP	Diaria da ricovero	Spese mediche da infortunio
Gli operai in forma anonima	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Gli impiegati/tecnici/quadri in forma anonima	€ _____	volte RAL	volte RAL	€ _____	-
I dirigenti in forma anonima	€ _____	volte RAL	volte RAL	-	-
Gli amministratori / consulenti nominati	€ _____	-	-	-	-

Sezione C – 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
Data		Firma	



Il Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della conclusione del contratto

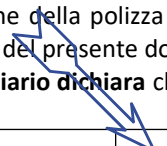
Il set informativo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allegati 3 e 4	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Data		Firma _____	

Sezione D – Dichiarazioni del Contraente e dell'Intermediario

Dichiarazione del Contraente di avere fornito tutte le informazioni richieste e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni e le indicazioni che precedono ai fini della coerenza 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.

L'Intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate con il Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.



Data		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente	Nome e cognome dell'Intermediario
		Firma _____	

Dichiarazione del Contraente di NON avere fornito una o più delle informazioni richieste e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione della coerenza 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.**

L'Intermediario prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data		Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente	Nome e cognome dell'Intermediario
		

Dichiarazione del Contraente di preso atto della possibile inadeguatezza della proposta e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di essere stato raggugliato dall'Intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'incoerenza della proposta di copertura da lui richiesta.

Motivi dell'incoerenza: _____

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.

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 la coerenza della proposta assicurativa formulatagli con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato, sia per fornire allo stesso Contraente un quadro sintetico della copertura assicurativa trattata. 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.**

SEZIONE E –PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELL’INTERMEDIARIO E SLIP DI QUOTAZIONE
SEZIONE FACOLTATIVA DA COMPILARE QUALORA NON VENGA FORNITA ALTRA PROPOSTA /OFFERTA DEDICATA
redatta sulla base delle informazioni e delle indicazioni fornite dal Contraente

Normativa / Condizioni generali di assicurazione

Principali garanzie e clausole

Principali esclusioni

Limiti di indennizzo, Franchigie, scoperti

Per ciascuna garanzia/evento verranno applicati i limiti di indennizzo, le franchigie e gli scoperti seguenti

Garanzie/Eventi previsti nelle Condizioni Generali	Limite di indennizzo per sinistro	Franchigia	Scoperto

Ipotesi di copertura, Tassi e Premi

Ipotesi di copertura	Somma assicurata	Tasso lordo p.m.	Premio Lordo
Ipotesi 1:			
Ipotesi 2:			

Riparto di Coassicurazione

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

Decorrenza, scadenza, frazionamento, tipo rinnovo

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			

