

Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Rami Danni Retail

Cliente (Cognome e Nome/Ragione Sociale)	Codice Fiscale/Partita IVA
ESIGENZE ASSICURATIVE Quali specifiche coperture richiede attraverso la stipula della polizza assicurativa	
SI NO	
Per ottemperare ad obblighi di legge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protezione dei beni (Incendio, Furto)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protezione del patrimonio (RCT)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protezione della persona (Infortuni)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protezione della persona (Sanitaria)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assicurazione natante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cauzioni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VINCOLI Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, ha necessità di ottemperare a richieste di vincoli da parte di terzi?	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di non rispondere	Vincolo a favore di _____
DURATA Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, quel è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di non rispondere <input type="checkbox"/> Temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo <input type="checkbox"/> Poliennale con pagamento anticipato del premio per l'intera durata	
PAGAMENTO DEL PREMIO Con quale periodicità vorrebbe pagare il premio?	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di non rispondere <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Quadrimestrale <input type="checkbox"/> mensile	
DISPONIBILITA' DI SPESA In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la sua disponibilità di spesa per il contratto richiesto?	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di non rispondere <input type="checkbox"/> fino a 250 euro <input type="checkbox"/> da 250 a 500 euro <input type="checkbox"/> 2.000 a 5.000 euro <input type="checkbox"/> da 250 a 500 euro. <input type="checkbox"/> da 500 a 1.000 euro <input type="checkbox"/> oltre 5.000 euro	
PROTEZIONE DEI BENI (INCENDIO, FURTO)	
Interessa una copertura assicurativa per il fabbricato che rimborsi i danni causati da incendio o altri eventi con prestazione di assistenza detratti scoperti e franchigie se previsti?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Interessa una copertura assicurativa per il contenuto del fabbricato che rimborsi i danni causati da incendio o altri eventi con prestazione di assistenza detratti scoperti e franchigie se previsti?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Interessa una copertura assicurativa per il rimborso in caso di furto, scippo e/o rapina dei beni assicurati con prestazione di assistenza detratti e franchigie se previsti?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROTEZIONE DEL PATRIMONIO (RCT)	
Interessa una copertura assicurativa per il risarcimento dei danni causati a terzi, con prestazione di assistenza e rimborso spese legali con detrazione di scoperti e franchigie se previsti?	
Inerente alla vita privata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inerente all'attività lavorativa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inerente alla proprietà/conduzione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

COLOMBINI MAURO
BROKER DI ASSICURAZIONI

PROTEZIONE DELLA PERSONA (INFORTUNI)	
Interessa una copertura assicurativa in caso di decesso o invalidità permanente, con prestazione di assistenza e detrazione degli scoperti e franchigie se previsti? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Beneficiario in caso di morte	EREDI LEGITTIMI ALTRO _____
Interessa in caso di infortunio avere un rimborso e/o indennità giornaliera con prestazione di assistenza e detrazione degli scoperti e franchigie a copertura di:	
Ricovero/convalescenza/gessatura	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Rimborso Spese Sanitarie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Inabilità temporanea	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PROTEZIONE DELLA PERSONA (SANITARIA)	
Interessa una copertura assicurativa in caso di invalidità permanente da malattia con prestazione di assistenza e detrazione degli scoperti e franchigie se previsti? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
In casa di malattia e/o infortunio, è interessato ad avere una copertura assicurativa che preveda una diaria giornaliera per:	
Ricovero/convalescenza/gessatura	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Rimborso Spese Sanitarie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CAUZIONI Motivo della richiesta di copertura _____	
E' a conoscenza delle norme giuridiche che disciplinano i contratti ed in particolar modo agli obblighi a carico del soggetto garantito?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste	
Il sottoscritto Cliente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni a Lui richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative; dichiara altresì di voler comunque stipulare il contratto	
Luogo e data _____	Il Contraente _____
Il sottoscritto Intermediario dichiara di avere 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 volere comunque stipulare il relativo contratto. Principale/i motivo/i di inadeguatezza: _____ _____ _____	
Luogo e data _____	Il Contraente _____
Luogo e data _____	I l'intermediario _____