

QUESTIONARIO ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA

Agenzia di _____ Cod. Agenzia _____

Intermediario (Cognome e nome) _____

Così come disposto dal Regolamento ISVAP n° 5/2006 art. 52, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

INFORMAZIONI DI BASE

Nome e Cognome Cliente _____

Via _____ N. _____

Città _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Telefono _____

E-mail _____

INFORMAZIONI PER L'ANALISI DELL'ADEGUATEZZA

PROFILO PROFESSIONALE

notaio	commercialista/perito commerciale
architetto	avvocato
ingegnere	amministratore di immobili condominiali
geometra	agente di intermediazione immobiliare
perito edile/perito industriale	geologo
consulente del lavoro	giudice
dipendente della pubblica amministrazione	società di servizi
psicologo	professioni sanitarie (medico, personale paramedico)
consulente haccp	agenzia di viaggio
Insegnante	altro _____

In qualità di:

libero professionista	lavoratore dipendente	libero professionista iscritto all'albo professionale da _ _ anni
-----------------------	-----------------------	---

FATTURATO/VOLUME D'AFFARI

inferiore a 150.000 Euro
 tra 150.000 e 500.000 Euro
 superiore a 500.000 Euro

MERCATO DI RIFERIMENTO

Italia	USA / Canada / Messico
Europa	resto del mondo

ANALISI ASSICURATIVA PER LA TUTELA DELLA PROFESSIONE

1) Nell'ambito dell'esercizio della Sua attività, nei confronti di quali eventi è già assicurato (totalmente o parzialmente)?

responsabilità civile per danni verso terzi	elettronica	furto
responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)	assistenza	tutela legale
cristalli	incendio	non assicurato

1b) È già assicurato per i seguenti eventi?

infortuni	malattie	non assicurato
-----------	----------	----------------

- 2) **Vuole tutelare il Suo patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose, a persone o puramente di natura pecuniaria) nello svolgimento delle prestazioni professionali da Lei eseguite?** SI NO
- 2b) **Vuole tutelare il suo patrimonio dalle azioni conseguenti alla Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro?** SI NO
- 3) **Ai fini dell'individuazione del massimale adeguato, Le è possibile indicare una somma che sia consona ad un'ipotesi di danno di alto importo, considerata la natura e il profilo delle Sue prestazioni professionali?** SI _____ NO
- 4) **Qualora nell'esercizio della Sua professione svolga anche le seguenti attività od incarichi, desidera essere tutelato?**
- interventi di implantologia SI NO
 - funzioni di direttore di struttura complessa (ex primario) SI NO
 - interventi di chirurgia estetica SI NO
 - vigilanza e ispezioni in stabilimenti per la produzione e lavorazione carni SI NO
 - attività di pronto soccorso SI NO
 - incarichi di medico competente (DLgs 81/2008) SI NO
 - medico legale, del lavoro, dell'igiene, psicologo SI NO
 - funzioni di sindaco SI NO
 - curatore fallimentare SI NO
 - rilascio di visto di conformità, certificazione tributaria, asseverazione per studi di settore SI NO
 - incarichi in materia di sicurezza sul lavoro (DLgs 81/2008) SI NO
 - altro _____ SI NO
- 5) **Qualora nell'esercizio della Sua professione possa provocare perdite pecuniarie al committente di opere edili, progettate o dirette, per gravi difetti che rendano inidonee all'uso cui sono destinate, o per mancato rispetto di vincoli urbanistici, desidera essere tutelato?** SI NO
- 6) **Vuole tutelare il suo patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose o a persone) durante la quotidiana conduzione dei locali sede della sua attività?**
- SI, per i danni provocati a terzi (a cose o persone) SI, per i danni subiti dai Suoi dipendenti NO
- 7) **Vuole tutelare il Suo studio professionale dai danni materiali e diretti causati da incendio, intendendo con esso anche gli altri eventi assimilati come fulmine, esplosione, scoppio, fumo?**
- SI solo fabbricato SI solo contenuto SI fabbricato e contenuto NO
- 8) **Desidera ricevere un rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di vetri e/o specchi del Suo studio professionale dovuta a rotture accidentali?** SI NO
- 9) **Desidera tutelare il Suo studio professionale, ricevendo un indennizzo in caso di furto, rapina e scippo?** SI NO
- 10) **Desidera ricevere un rimborso spese in caso di danni causati alle apparecchiature elettroniche del Suo studio professionale da qualunque evento accidentale?** SI NO
- 11) **Desidera garantire ai Suoi beneficiari un capitale in caso di decesso da infortunio?** SI NO
- 12) **Vuole ricevere un indennizzo in caso di infortunio e/o malattia invalidanti che comportino una riduzione (totale o parziale) della Sua capacità di lavoro?**
- SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni) SI (solo malattie) NO
- 13) **In caso di perdita temporanea della Sua capacità lavorativa, a seguito di infortunio e/o malattia, è interessato a percepire una diaria giornaliera?** SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni) NO
- 14) **Vuole garantirsi il rimborso delle spese di cura che potrebbero insorgere in caso di infortunio?** SI NO
- 15) **Desidera ricevere un indennizzo nel caso in cui venga accertata una grave patologia?** SI NO

- 16) In caso di controversie giudiziarie (a seguito di eventi dannosi coperti dalle garanzie presenti nell'assicurazione proposta) desidera ricevere un rimborso delle spese di natura legale che potrebbero derivarne? SI NO
- 17) Potrebbe interessarLe un ventaglio di utili servizi di assistenza attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno? SI NO

N.B. Alcune garanzie prevedono **franchigie/scoperti** in caso di sinistro e **limitazioni/esclusioni** della prestazione. **Il suo intermediario è a disposizione per illustrarle nel dettaglio ogni contenuto di polizza.**

In particolare le vogliamo far presente che:

- **se acquisterà una polizza infortuni/malattia essa non opererà per le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti all'acquisto stesso;**
- **se acquisterà una polizza per l'assicurazione della responsabilità civile, tenuto conto che l'evento dannoso può svilupparsi/manifestarsi su un arco temporale prolungato ed anche superiore alla durata della polizza, raccomandiamo l'attenta lettura delle condizioni assicurative inerenti l'efficacia della garanzia nel tempo.**

Data _ _ _ _ _

Firma Intermediario

Firma Dichiarante (potenziale Contraente)
