ITALIANA ASSICURAZIONI

FONDATA NEL 1889 / Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia)
Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 / italiana@pec.italiana.it - ***www.italiana.it***
Servizio assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it

REALE GROUP

QUESTIONARIO ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA

COD. AGENZIA |__|__|__| **AGENZIA DI** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Collettività (ragione sociale) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cod. fiscale / P. Iva |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ubicazione / Indirizzo |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N. |__|__|__|__| **Città** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **CAP** |__|__|__|__|__|

Telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ANALISI ASSICURATIVA PER LA TUTELA DELLE COLLETTIVITÀ

1) <u>TIPOLOGIA DI COLLETTIVITÀ</u>

- ☐ azienda
- ☐ scuola
- ☐ associazione
- ☐ studio professionale
- ☐ esercizio commerciale
- ☐ istituto di credito/finanziaria/assicurazione
- ☐ tour operator/agenzia di viaggi
- ☐ altro ______________________________

2) <u>TIPOLOGIA DI ASSICURANDI</u>

- ☐ titolari o soci dell'azienda/studio profess./esercizio commerciale
- ☐ dipendenti
- ☐ studenti/personale scolastico
- ☐ iscritti all'associazione
- ☐ clienti dell'istituto di credito/finanziaria
- ☐ clienti del tour operator/agenzia di viaggi
- ☐ altro ______________________________

3) Si intende estendere la garanzia anche al nucleo famigliare degli assicurandi?

☐ SI ☐ NO

4) La copertura è frutto di un accordo sindacale (CCNL, accordo/regolamento aziendale)?

☐ SI ☐ NO

5) Il gruppo assicurato è già tutelato (totalmente o parzialmente) nei confronti di quali eventi?

- ☐ infortuni
- ☐ malattie
- ☐ tutela legale
- ☐ assistenza
- ☐ responsabilità civile per danni verso terzi
- ☐ altro ______________________________
- ☐ non assicurato

6) Si vogliono assicurare gli infortuni nell'ambito:

- ☐ solo professionale
- ☐ solo extra professionale (comprende la circolazione)
- ☐ solo circolazione
- ☐ professionale + extra professionale
- ☐ solo infortuni aeronautici

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - CAPITALE SOCIALE € 40.455.077,50 I.V. - REG. IMP. MILANO, CODICE FISCALE E N. PARTITA IVA 00774430151 - R.E.A. MILANO N. 7851 - SOCIETÀ CON UNICO SOCIO: SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI - SOCIETÀ SOGGETTA AD ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DELLA SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI - ISCRITTA AL N. 1.00004 DELL'ALBO DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE ED APPARTENENTE AL GRUPPO ASSICURATIVO REALE MUTUA, ISCRITTO AL NUMERO 006 DELL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - SEDE DI MILANO - REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO

7) Si vuole garantire ai beneficiari degli assicurandi un capitale in caso di decesso da infortunio?

☐ SI ☐ NO

8) Si vuole garantire agli assicurandi un indennizzo in caso di infortunio e/o malattia invalidanti che comportino una riduzione (totale o parziale) della capacità di lavoro?

☐ SI (infortuni + malattie)
☐ SI (solo infortuni)
☐ SI (solo malattie)
☐ NO

9) Si vuole garantire agli assicurandi una diaria giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura?

☐ SI (infortuni + malattie)
☐ SI (solo infortuni)
☐ NO

10) Si vuole garantire agli assicurandi il rimborso delle spese di cura che potrebbero insorgere in caso di infortunio e/o malattia?

☐ SI (infortuni + malattie)
☐ SI (solo infortuni)
☐ NO

11) Si vuole garantire agli assicurandi un supporto economico a fronte di situazioni di bisogno dovute alla perdita di autosufficienza?

☐ SI, con rendita mensile
☐ SI, con erogazione di un capitale in aggiunta alla rendita
☐ NO

12) Si vuole garantire agli assicurandi un indennizzo in caso di contagio accidentale da virus H.I.V.?

☐ SI ☐ NO

13) Si vuole assicurare il rimborso delle spese di natura legale che potrebbero derivare da controversie giudiziarie (a seguito di eventi dannosi coperti dalle garanzie presenti nella polizza proposta)?

☐ SI ☐ NO

14) Potrebbe interessare un ventaglio di utili servizi di assistenza attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno?

☐ SI ☐ NO

15) Desidera essere tutelato dalla richiesta di risarcimento a seguito di danni a terzi

☐ SI ☐ NO

DA COMPILARSI SOLO SE GLI ASSICURANDI SONO I CLIENTI DI TOUR OPERATOR/AGENZIA DI VIAGGI

16) Si vuole garantire agli assicurandi:

- un ventaglio di utili servizi di assistenza, 24 ore su 24, durante il viaggio/soggiorno? ☐ SI ☐ NO
- un rimborso spese in caso di annullamento del viaggio a causa di circostanze imprevedibili e non preesistenti? ☐ SI ☐ NO
- un indennizzo in caso di danni materiali subiti durante il viaggio/soggiorno a seguito della perdita del bagaglio? ☐ 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.** LE RACCOMANDIAMO, COMUNQUE, DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE PARTI EVIDENZIATE IN GRASSETTO. **IN PARTICOLARE LE VOGLIAMO FAR PRESENTE CHE LA POLIZZA OGGETTO DELL'EVENTUALE ACQUISTO NON OPERA PER LE CONSEGUENZE DI SITUAZIONI PATOLOGICHE (INFORTUNI/MALATTIE) PREESISTENTI ALL'ACQUISTO STESSO.**

Data |__|__|__|__|__|__|__|__| Firma Intermediario Firma Dichiarante (potenziale Contraente)

_____ _____

SEZIONE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

_____ , lì _____ Il Dichiarante (potenziale Contraente)

_____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

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 voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Il principale motivo di inadeguatezza è:

_____

_____

_____ , lì _____

(L'Intermediario) Il Dichiarante (potenziale Contraente)

_____ _____