

Cognome e Nome/Ragione Sociale: =>

Codice Fiscale/Partita Iva =>

Riferimento: Polizza n. 731259886 - ALLIANZ SPA

QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO
RAMI DANNI

(ART.120 COMMA 3 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI – ART.52 DEL REGOLAMENTO ISVAP N.5/2006)

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporLe un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. Al riguardo desideriamo sottolineare che la mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del Suo bisogno assicurativo e dell'adeguatezza della copertura assicurativa alle sue esigenze. Qualora Lei non intendesse fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste sotto riportata.

INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRAENTE

SE PERSONA FISICA, SPECIFICARE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> tempo determinato	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> libero professionista/ imprenditore	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> altro (in attesa di occupazione, studente, ecc.)
AMBITO DELLA COPERTURA	<input type="checkbox"/> privato	OBBLIGATORietà DELLA COPERTURA	<input type="checkbox"/> sì
	<input type="checkbox"/> lavorativo		<input type="checkbox"/> no
IL CONTRATTO SODDISFA OBBLIGHI DI LEGGE	<input type="checkbox"/> sì	IL CONTRATTO SODDISFA VINCOLI DA PARTE DI TERZI	<input type="checkbox"/> sì
	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> no
ESISTENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE	<input type="checkbox"/> incendio	<input type="checkbox"/> furto	<input type="checkbox"/> tutela legale
	<input type="checkbox"/> responsabilità civile	<input type="checkbox"/> infortuni	<input type="checkbox"/> malattia
	<input type="checkbox"/> assistance	<input type="checkbox"/> cyber crime	<input type="checkbox"/> non esistono altre coperture assicurative

INFORMAZIONI RELATIVE AL CLIENTE E ALLE SUE ASPETTATIVE
(OBIETTIVI ASSICURATIVI E SOGGETTI DA TUTELARE)

<input type="checkbox"/> protezione del patrimonio da richieste di risarcimento danni cagionati a terzi	<input type="checkbox"/> protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali
<input type="checkbox"/> protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina	<input type="checkbox"/> protezione "all risk" per danni materiali
<input type="checkbox"/> protezione della persona per il rischio infortunio	

DISPONIBILITÀ DI SPESA E MODALITÀ DI PAGAMENTO

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"/> fino ad €250,00	<input type="checkbox"/> tra €250 e €500	<input type="checkbox"/> tra €500 e €1.000
<input type="checkbox"/> tra €1.000 e €2.000	<input type="checkbox"/> altro	
DESIDERA PAGARE IL PREMIO CON RATEAZIONE?		
<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non risponde

GBSAPRI SpA Cap. Soc. sottoscritto € 500.000 Registro Imprese Roma C.F. e P. IVA n. 12079170150 – CCIAA di Roma 985506 REA – RUI nB000054892

Sede Legale e Operativa:
 Via Nomentana, 183
 00161 - Roma
 Tel. (+39) 06.45.761
 Fax. (+39) 06.45.761.717
 pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa:
 Via Vittor Pisani, 10
 20124 - Milano
 Tel. (+39) 02.97.673.350
 Fax: (+39) 02.97.673.713

Sede Operativa:
 Via Fratelli Perini, 43
 38122 - Trento
 Tel. (+39) 0461.915.588
 Fax: (+39) 0461.915.552

Sede Operativa:
 Via del Popolo, 64
 85100 - Potenza
 Tel. (+39) 0971.36250
 Fax: (+39) 0971 .27065

Sede Operativa:
 Via Leto Antonio, 2
 90141 - Palermo
 Tel. (+39) 091.66.22.392
 Fax: (+39) 091.61.21.651

DURATA DEL CONTRATTO

- annuale con tacito rinnovo annuale senza tacito rinnovo meno di un anno o temporanea
 non oltre 5 anni oltre 5 anni

ARGOMENTI TRATTATI SU CARATTERISTICHE ED EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO OFFERTO

SONO STATE ILLUSTRATE LE CARATTERISTICHE ESSENZIALI E LE PRESTAZIONI OBBLIGATORIAMENTE FORNITE? sì no

SONO STATE PRECISATE LA DURATA PREVISTA, L'EVENTUALITÀ DI RINNOVO TACITO O ESPRESSO NONCHÉ FACOLTÀ E MODALITÀ DI RECESSO? sì no

SONO STATI ESPOSTI I CONTENUTI DEL CONTRATTO E DELLE GARANZIE PRESTATE E, IN PARTICOLARE:

RIVALSE/FRANCHIGIE/SCOPERTI sì no

PERIODI DI CARENZA sì no

ESCLUSIONI sì no

MASSIMALI/CAPITALI/SOMME ASSICURATE sì no

VALIDITÀ TEMPORALE DELLA GARANZIA sì no

FORMA DI ASSICURAZIONE sì no

DECADENZE sì no

Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? sì no

Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? sì no

Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? sì no

Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto? sì no

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

(selezionare la voce che interessa)

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA: con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ INFORMAZIONI RICHIESTE: dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA: l'intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

08/01/2018

Data



Il contraente

GBSAPRI SpA Cap. Soc. sottoscritto € 500.000 Registro Imprese Roma C.F. e P. IVA n. 12079170150 – CCIAA di Roma 985506 REA – RUI nB000054892

Sede Legale e Operativa:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax. (+39) 06.45.761.717
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa:
Via Vittor Pisani, 10
20124 - Milano
Tel. (+39) 02.97.673.350
Fax: (+39) 02.97.673.713

Sede Operativa:
Via Fratelli Perini, 43
38122 - Trento
Tel. (+39) 0461.915.588
Fax: (+39) 0461.915.552

Sede Operativa:
Via del Popolo, 64
85100 - Potenza
Tel. (+39) 0971.36250
Fax: (+39) 0971 .27065

Sede Operativa:
Via Leto Antonio, 2
90141 - Palermo
Tel. (+39) 091.66.22.392
Fax: (+39) 091.61.21.651

ROMA - MILANO - TRENTO - POTENZA - PALERMO

Cognome e Nome/Ragione Sociale: =>

Codice Fiscale/Partita Iva: =>

Data: 08/01/2018

Riferimento: Polizza n. 731259886 - ALLIANZ SPA

In ottemperanza all'art. 49 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:
✓ la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.



Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

✓ documenti componenti i fascicoli informativi delle polizze richieste.



Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

✓ confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola Claims Made.



Il contraente

GBSAPRI SpA Cap. Soc. sottoscritto € 500.000 Registro Imprese Roma C.F. e P. IVA n. 12079170150 – CCIAA di Roma 985506 REA – RUI nB000054892

Sede Legale e Operativa:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax. (+39) 06.45.761.717
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa:
Via Vittor Pisani, 10
20124 - Milano
Tel. (+39) 02.97.673.350
Fax: (+39) 02.97.673.713

Sede Operativa:
Via Fratelli Perini, 43
38122 - Trento
Tel. (+39) 0461.915.588
Fax: (+39) 0461.915.552

Sede Operativa:
Via del Popolo, 64
85100 - Potenza
Tel. (+39) 0971.36250
Fax: (+39) 0971 .27065

Sede Operativa:
Via Leto Antonio, 2
90141 - Palermo
Tel. (+39) 091.66.22.392
Fax: (+39) 091.61.21.651