



PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DI COERENZA

Informazioni fornite dal Contraente per valutare la coerenza dei contratti assicurativi

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

| | | | |
|--|---|--|---|
| Ragione Sociale | | Partita Iva | |
| Indirizzo – CAP – Località – Provincia | | | |
| Attività esercitata | | | |
| Obiettivi dell'acquisto o della riformulazione della copertura assicurativa | | | |
| Tutelare il proprio patrimonio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Rispettare obblighi contrattuali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Garantire una somma assicurata ai propri eredi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Vincolare la polizza ad un istituto di credito | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Altro (specificare) | | | |

Descrizione del rischio

| | |
|-----------|-------------------|
| Attività: | <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------|-------------------|

| | |
|------------------------------------|-------------------|
| Descrizione del rischio da coprire | <hr/> <hr/> <hr/> |
|------------------------------------|-------------------|

| Descrizione del Rischio | | |
|-------------------------|-----------|--------------|
| UBICAZIONI DI RISCHIO | | |
| Ubicazione | Indirizzo | Destinazione |
| Ubicazione 1 | | |
| Ubicazione 2 | | |
| Ubicazione 3 | | |

| DESCRIZIONE DEL RISCHIO |
|------------------------------|
| Ubicazione 1: _____ _____ |
| Ubicazione 2: _____ _____ |
| Ubicazione 3: _____ _____ |

| Il Contraente richiede la copertura delle seguenti PARTITE e SOMME | |
|--|---------------------|
| Ubicazione 1: | |
| N° e descrizione Partita | Somma da Assicurare |
| 1 - Fabbricati: | €. _____ |
| 2 - Macchinari, attrezzatura, arredamento, compreso CED: | €. _____ |
| 3 - Merci partita fissa: | €. _____ |
| 4- Merci partita flottante Max impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. _____ |
| 5 - Danni indiretti % su part. 1-2-3: | €. _____ |
| 6 - Danni indiretti % su part Flottante merci massimo impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. _____ |
| 7 - Spese di demolizione e sgombero: | €. _____ |
| 8 - Ricorso terzi: | €. _____ |
| Totale parziale | €. _____ |
| Ubicazione 2: | |
| N° e descrizione Partita | Somma da Assicurare |
| 1 - Fabbricati: | €. _____ |
| 2 - Macchinari, attrezzatura, arredamento, compreso CED: | €. _____ |
| 3 - Merci partita fissa: | €. _____ |
| 4- Merci partita flottante Max impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. _____ |
| 5 - Danni indiretti 20% su part. 1-2-3: | €. _____ |
| 6 - Danni indiretti 20% su part Flottante merci massimo impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. _____ |
| 7 - Spese di demolizione e sgombero: | €. _____ |
| 8 - Ricorso terzi: | €. _____ |
| Totale parziale | €. _____ |

| Ubicazione 3: | |
|--|---------------------|
| N° e descrizione Partita | Somma da Assicurare |
| 1 - Fabbricati: | €. |
| 2 - Macchinari, attrezzatura, arredamento, compreso CED: | €. |
| 3 - Merci partita fissa: | €. |
| 4- Merci partita flottante Max impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. |
| 5 - Danni indiretti 20% su part. 1-2-3: | €. |
| 6 - Danni indiretti 20% su part Flottante merci massimo impegno €. con 2/10 di anticipo: | €. |
| 7 - Spese di demolizione e sgombero: | €. |
| 8 - Ricorso terzi: | €. |
| Totale parziale | €. |
| Totale generale | €. |

| PRECEDENTI ASSICURATIVI | | | | |
|---|---|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
| Sono in corso altre polizze sul rischio da assicurare? In caso affermativo precisare Compagnia e scadenza polizza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistro polizze su beni da assicurare? In caso affermativo fornire dettagli | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| STATISTICA SINISTRI ultimi 3 anni | | | | |
| Data sinistro | Tipologia sinistro | Descrizione del danno | Importo (definitivo o presunto) | Liquidato (SI/NO) |
| | | | | |
| | | | | |

| CRITERI DI VALORIZZAZIONE DI FABBRICATI, MACCHINARI E MERCI | |
|---|--|
| I fabbricati devono essere valorizzati secondo il criterio del valore nello stato d'uso o del costo di ricostruzione? | Costo di ricostruzione €. _____ |
| I macchinari devono essere valorizzati secondo il criterio del valore nello stato d'uso o del costo di rimpiazzo a nuovo? | Costo di rimpiazzo a nuovo €. _____ |
| Le merci devono essere valorizzate secondo il criterio del costo industriale o del valore di vendita (selling price)? | Costo industriale €. _____ |

| Vincolo (in caso affermativo indicare ragione sociale della società vincolataria e scadenza) | |
|--|-------------------------------|
| Ragione sociale società vincolataria | Scadenza vincolo (gg/mm/aaaa) |

| ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
| Planimetrie degli stabilimenti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Schema impianto antincendio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario Loss Prevention compilato e sottoscritto | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Altro (specificare):

| Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti - Prodotti | |
|--|--|
| Retribuzione lorde dipendenti ultimo esercizio: | €. _____ |
| Retribuzione lorde dirigenti, quadri e personale amministrativo: | €. _____ |
| Retribuzioni lorde operai: | €. _____ |
| Corrispettivi lordi collaboratori d'opera e lavoratori interinali: | €. _____ |
| Esistono in azienda lavoratori/aziende cui sono stati appaltati alcuni lavori? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In caso affermativo precisare le tipologie di lavori esternalizzati _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In caso di risposta negativa precisare i lavori che vengono eseguiti presso terzi _____ _____ |

Notizie dettagliate sui sinistri degli ultimi 3 anni: data/importo/tipologia di danno:

| Data | Tipologia di danno | Importo | 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 |
| | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| | |
|--|--|
| Esiste il rischio che vengano sostenute spese per il ritiro di prodotti dal mercato? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In caso di risposta affermativa compilare il questionario specifico Ritiro Prodotti |
|--|--|

| Il contraente chiede la copertura per i seguenti massimali | |
|---|-----------|
| | Massimale |
| R.C.T. | €. _____ |
| R.C.O. | €. _____ |
| R.C.Prodotti | €. _____ |
| D&O | €. _____ |
| Il contraente chiede la copertura con il seguente regime temporale: | |
| CLAIMS MADE oppure LOSS OCCORRANCE: | |
| DATI RELATIVI A RETROATTIVITA' E POSTUMA: | |

| ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE | |
|---|---|
| Questionario R.C.T.: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario R.C.O.: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario Malattie Professionali: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario R.C.Prodotti: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario Ritiro Prodotti: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Questionario D&O | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Altro:

Sezione C) COPERTURA INFORTUNI CUMULATIVA

| Obiettivi della copertura | | | |
|---|---|--------------------------------------|----------|
| 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; | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| - in due polizze, con la scomposizione di tassi come sopra, di cui una intestata all'Azienda e l'altra alla seguente Cassa di Assistenza : | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | In caso affermativo precisare | |
| | | Compagnia | Scadenza |
| Negli ultimi tre anni sono state disdettate per sinistro polizze sul medesimo rischio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 |
|---------------------|--|
| Infotuni caso morte | <input type="checkbox"/> Compresa <input type="checkbox"/> Esclusa |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Infortuni 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 D) COPERTURA TUTELA LEGALE

| Descrizione del rischio | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Aree di copertura | Area difesa penale / Sicurezza sul lavoro | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Area controversie extra-contrattuali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Area controversie contrattuali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Altre aree: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Descrizione del rischio da coprire | Rimborso spese legali legate alla circolazione | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Rimborso spese legali legate alla vita privata / famiglia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Rimborso spese legali legate all'attività professionale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Rimborso spese legali legate all'attività imprenditoriale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | Altri rischi di spese legali: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| STATISTICA SINISTRI ultimi tre anni | | | |
|-------------------------------------|--------------------|---------|---|
| Data sinistro | Tipologia sinistro | Importo | 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 chiede la copertura per i seguenti massimali | |
|--|-----------|
| | Massimale |
| Per ogni caso assicurativo: | €. _____ |
| Con un massimo per anno di: | €. _____ |

| ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE | |
|---|---|
| Questionario Tutela legale: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Sezione E) COPERTURA RCA

| | |
|------------------------------------|---|
| Descrizione del rischio da coprire | B1 – Quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire? <input type="checkbox"/> Assicurare un veicolo <input type="checkbox"/> Targa <input type="checkbox"/> Assicurare un motociclo <input type="checkbox"/> Targa <input type="checkbox"/> Assicurare un ciclomotore <input type="checkbox"/> Targa / Telaio _____ <input type="checkbox"/> Assicurare un camion <input type="checkbox"/> Targa / Telaio _____ <input type="checkbox"/> Assicurare un altro mezzo <input type="checkbox"/> Targa / Telaio _____ |
| | SI RIMANDA ALLA COMPILAZIONE DEL PROSPETTO ALLEGATO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI MEZZO DA ASSICURARE B2 – E' interessato ad una copertura per la responsabilità civile della circolazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' interessato ad una copertura che tuteli il suo patrimonio da possibili richieste di risarcimento eccedenti i massimali minimi previsti dalla normativa? Se si, per quale massimale desidera essere assicurato? <input type="checkbox"/> minimo di legge <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 <input type="checkbox"/> € |

| | |
|------------------------------------|--|
| Descrizione del rischio da coprire | B3 - Protezione del bene E' interessato ad una copertura diversa dalla responsabilità civile obbligatoria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si quale garanzie desidera attivare COMPILANDO L'APPOSITO PROSPETTO ALLEGATO |
|------------------------------------|--|

| ALTRA DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CONTRAENTE | |
|---|---|
| DOCUMENTO DI IDENTITA' | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| LIBRETTO DI CIRCOLAZIONE | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ATTESTATO DI RISCHIO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| 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 | | Ragione sociale | |
| | | 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 | | | |
| <p>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.</p> <p>L'Intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate con il Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.</p> | | | |
| 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 | | | |
| <p>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.</p> <p>L'Intermediario prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.</p> | | | |
| Data | | Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente | Nome e cognome dell'Intermediario |
| | | Firma..... | Firma |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| Dichiarazione del Contraente di preso atto della possibile non coerenza della proposta e ordine di copertura | | | |
| <p>Il Contraente dichiara di essere stato raggugliato dall'Intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, della incoerenza della proposta di copertura da lui richiesta.</p> | | | |
| Motivi dell'incoerenza: | | | |
| <p>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.</p> | | | |
| Data | | Ragione sociale (o nome e cognome) del Contraente | Nome e cognome dell'Intermediario |
| | | Firma | Firma |

| | | | |
|---|--|--|--|
| NOTE IMPORTANTI | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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. | | | |