



**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO**  
(ai sensi dell'art. 52 del Regolamento ISVAP n.5/2006)

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere in funzione delle Sue esigenze assicurative.

La mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione e qualora Lei non intenda fornirle, La preghiamo di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto".

***Dichiarazione di rifiuto da parte del contraente di fornire una o più delle informazioni richieste***

Il sottoscritto cliente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative.

Data ....../...../.....

Firma del cliente \_\_\_\_\_

**Dati del cliente (persona giuridica):**

Ragione sociale		
Sede legale		
CAP	Città	Prov.
Partita Iva:		
Attività		
<input type="checkbox"/> Azienda di Servizi	<input type="checkbox"/> Azienda Industriale	<input type="checkbox"/> Azienda Artigiana
<input type="checkbox"/> Azienda di Trasporti	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Altro .....

L'esigenza assicurativa deriva da:	Obbligo di legge	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Obbligo contrattuale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Miglioramento prestazioni assicurative	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Contenimento premi assicurativi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Altro	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	.....		

A quale ambito possono essere ricondotte le sue esigenze assicurative:		
a) veicoli;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) protezione dei beni;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) protezione del patrimonio;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) protezione della persona per infortuni;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) protezione della persona per oneri sanitari;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f) unità naviganti;	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
g) oneri derivanti da contenziosi legali.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



E' consapevole che la copertura assicurativa prevede contrattualmente:		
Esclusioni e/o limitazioni	Si	<input type="checkbox"/>
Scoperti e/o franchigie	Si	<input type="checkbox"/>
Possibilità di rivalsa da parte dell'assicuratore	Si	<input type="checkbox"/>

**Ambiti di copertura assicurativa:**

DANNI NON AUTO		
Cosa intende assicurare	Beni o valori di proprietà o non (fabbricati...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	La propria persona e/o familiari e/o altri	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Il proprio patrimonio per richieste di risarcimento per danni a terzi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Obbligazioni nei confronti di terzi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Oneri derivanti da contenziosi legali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le aree di cui al punto precedente sono già protette da altre polizze		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su quale durata contrattuale è orientato:	Inferiore all'anno	Si <input type="checkbox"/>
	Annuale	Si <input type="checkbox"/>
	Superiore all'anno	Si <input type="checkbox"/>
	Poliennale	Si <input type="checkbox"/>

RC AUTO E CVT		
Dati del veicolo:	Tipologia del veicolo	.....
	Data di immatricolazione	.....
Il veicolo è già assicurato?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso risposta affermativa, con quali garanzie:	Resp. Civile	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Cristalli	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sosp. Patente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Incendio e furto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Infortuni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Complementari	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Eventi speciali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tutela giudiziaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Kasko	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Eventi naturali	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Assistenza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' interessato a un massimale diverso dal minimo previsto per legge		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



UNITA' NAVIGANTI

Dati dell'unità navigante	Tipologia:	Vela	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Motore entro bordo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Motopesca	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Motore fuoribordo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Battello Pneumatico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Motore entrofuoribordo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Moto d'acqua o Jetski	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Altro.....	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Anno di costruzione:.....					
	Data immatricolazione (per unità > 10 mt LFT):.....					
	Utilizzo:	Diporto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Regate veliche	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Targa prova	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Noleggio	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Lavoro	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Scuola vela	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Servizio pubblico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
		Altro:.....	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

L'unità navigante è già assicurata?

In caso risposta affermativa, con quali garanzie:	RC	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Danni all'unità	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Infortuni	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Assistenza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Altro:.....	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

E' interessato a un massimale diverso dal minimo previsto per legge Si  No

ALTRE TIPOLOGIE

.....

.....

.....

**“Confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere e che il broker INSUBRIASS S.r.l. mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della polizza e le prestazioni cui è obbligata l'impresa”.**

Data:

Firma del cliente:



**VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO**

In considerazione delle informazioni raccolte dall'intermediario ai sensi dell'art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006:

**Il contratto proposto risulta adeguato alle esigenze assicurative del cliente**

Data ....../...../.....

Cognome, nome e n. di iscrizione al RUI dell'intermediario

INSUBRIASS SRL B000479911 \_\_\_\_\_

Firma dell'intermediario \_\_\_\_\_ Firma del cliente \_\_\_\_\_

**Il contratto proposto non risulta adeguato o potrebbe risultare non adeguato alle esigenze assicurative del cliente**

Il sottoscritto intermediario dichiara di aver informato il contraente 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.

**Motivi di**

**inadeguatezza:** \_\_\_\_\_

Data ....../...../.....

Firma dell'intermediario \_\_\_\_\_

Il sottoscritto cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Data .../.../...

Firma del cliente \_\_\_\_\_

A seguito del giudizio di adeguatezza sopra indicato è stata emessa

POLIZZA N° ..... Appendice/Allegato N°.....