

## INFORTUNI

### **QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA (ai sensi dell'art. 58, Regolamento IVASS 40/2018) Ai sensi dell'art. 5 regolamento IVASS 40/2018)**

Gentile Cliente, La informiamo che il presente documento ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni finalizzate a proporre un contratto in linea con le Sue esigenze assicurative. La mancanza di tali informazioni ovvero il rifiuto di prestarle impediscono infatti di verificare la rispondenza del prodotto proposto dalla Compagnia alle richieste ed esigenze dell'assicurato e, quindi, di formulare una soluzione assicurativa.

#### **AVVERTENZA PRELIMINARE INFORTUNI**

L'assicurazione ha per oggetto gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

#### **1- INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE**

Il contraente è una persona  Fisica  Giuridica

Cognome e nome / ragione sociale (nel caso di una persona giuridica)

\_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### **2- INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ASSICURATO**

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### **3- INFORMAZIONI RELATIVE ALLE GARANZIE PRESTATE**

Di seguito verranno indicate le garanzie attive della polizza Infortuni di Assicuratrice Milanese:

Invalidità permanente: Garanzia Obbligatoria

relativo massimale: \_\_\_\_\_

Morte: SI  NO  relativo massimale: \_\_\_\_\_

Beneficiario caso morte: \_\_\_\_\_

Inabilità temporanea SI  NO  relativo massimale: \_\_\_\_\_

Diaria da ricovero SI  NO  relativo massimale: \_\_\_\_\_

Diaria per gessatura SI  NO  relativo massimale: \_\_\_\_\_

Rimborso spese mediche SI  NO

Massimale: \_\_\_\_\_

Richiesta di riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella Inail):  
SI  NO  (in alternativa verrà adottata la tabella Ania)

Rischio professionale  Rischio Extra professionale  Entrambi

Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente SI  NO

#### 4- INFORMAZIONI SULLA DURATA CONTRATTUALE E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Il contratto ha in relazione alla durata annuale e, in assenza di disdetta, è previsto il tacito rinnovo; è inoltre possibile prevedere il contrattuale frazionamento del premio. Al riguardo, Le chiediamo se desidera sottoscrivere un contratto che prevede con le seguenti caratteristiche:

- Frazionamento  SEMESTRALE  ANNUALE

- Tacito rinnovo: SI  NO

#### 5- Dichiarazioni del Contraente

È a conoscenza ed accetta il fatto che l'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni obiettivamente constatabili e che ha, come conseguenza, un'inabilità temporanea, un'invalidità permanente oppure la morte? SI  NO

È a conoscenza ed accetta il fatto che, in relazione agli indennizzi della polizza Infortuni, sono presenti franchigie e scoperti? SI  NO

È a conoscenza ed accetta il fatto che la polizza Infortuni detiene rischi esclusi, limiti di indennizzo ed esclusioni? SI  NO

È a conoscenza ed accetta il fatto che la polizza Infortuni prevede limitazioni territoriali e limiti di età? SI  NO

È a conoscenza ed accetta il fatto che la polizza prevede la presenza di soggetti non assicurabili? SI  NO

È a conoscenza ed accetta le procedure di recesso e disdetta del contratto, la durata dello stesso nonché le modalità di rinnovo o cessazione? SI  NO

Ha ricevuto tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente in materia? SI  NO

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Dichiaro che la proposta assicurativa, sulla base delle informazioni da me fornite, risulta adeguata alle mie esigenze.

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO RELATIVO ALLA POLIZZA \_\_\_\_\_