

## Questionario di raccolta dati

## AVVISO IMPORTANTE

I. Il Contraente si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.

Le dichiarazioni rese dal Contraente o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni, in particolare l'**Attività Professionale svolta**, hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del contratto. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

II. Il presente Modulo deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Contraente.

## DATI DEL CONTRAENTE (IL SOGGETTO CHE PAGA IL PREMIO)

COGNOME E NOME	SESSO	CODICE FISCALE	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA	DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ/COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA	CAP

## DATI DELL'ASSICURATO (IL SOGGETTO IL CUI INTERESSE È PROTETTO DALL'ASSICURAZIONE)

*Da compilare solo se l'Assicurato è diverso dal Contraente.*

COGNOME E NOME	SESSO	CODICE FISCALE	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA	DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ/COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA	CAP

## DATI DI POLIZZA RELATIVI ALL'ASSICURANDO

DECORRE DALLE ORE 24:00 DEL	.. / .. / ....		
OPERATIVITA' DELLA COPERTURA PER L'ASSICURATO	H24		
FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	<input type="checkbox"/> ANNUALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE		
TACITO RINNOVO	SI		
ASSICURAZIONI INFORTUNI ATTIVE CON IL GRUPPO AMT?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI*		
CLUSTER DI RISCHIO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA**	<input type="checkbox"/> A) BASSO <input type="checkbox"/> B) MEDIO <input type="checkbox"/> C) ALTO		
ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA**			
ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE***	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
SOLO SE SELEZIONATO "SI", INDICARE IL NUMERO DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE (COMPRESO L'ASSICURATO)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> OLTRE 6

## Questionario di raccolta dati

\* L'assunzione del rischio è soggetto alla valutazione della Direzione. È comunque necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

\*\* Si veda l'Allegato A) in calce al presente modulo e disponibile anche nel Set Informativo "AmTrust Infortunih24 - Ed.04/2023 - Ultimo Aggiornamento 04/2023".

\*\*\* Si veda la definizione di "Nucleo Familiare" del Glossario nonché le condizioni di assicurabilità dei componenti il Nucleo previste all'Art. 4 del Set Informativo "AmTrust Infortunih24 - Ed.04/2023 - Ultimo Aggiornamento 04/2023". **In caso di estensione al Nucleo Familiare, l'operatività delle Garanzie per gli Assicurati Addizionali è limitata al Rischio Extra-Professionale.**

### OPZIONE DI ACQUISTO

Ogni Assicurando può stipulare una sola Polizza, scegliendo di acquistare una sola tra le seguenti Opzioni. L'Opzione prescelta non potrà variare durante il Periodo di Assicurazione. L'Assicurato potrà apportare variazioni alla sua scelta, in fase di eventuale rinnovo della copertura assicurativa.

Opzione	Somma Assicurata in caso di:  Morte da Infortunio	Somma Assicurata in caso di:  Invalidità Permanente da Infortunio	Somma Assicurata in caso di:  Rimborso delle Spese Mediche da Infortunio	Diaria giornaliera da Ricovero a seguito di Infortunio	Diaria giornaliera da Gessatura	Segnare "SI" qualora si desideri acquistare l'Opzione
Protezione <b>25</b>	€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ 1.000,00	Non prevista	Non prevista	<input type="checkbox"/> SI
Protezione <b>50</b>	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 2.000,00	Non prevista	Non prevista	<input type="checkbox"/> SI
Protezione <b>75</b>	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 2.000,00	Non prevista	Non prevista	<input type="checkbox"/> SI
Protezione <b>100</b>	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 3.500,00	Non prevista	Non prevista	<input type="checkbox"/> SI
Protezione <b>150</b>	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 4.000,00	€ 25,00 al dì	Non prevista	<input type="checkbox"/> SI
Protezione <b>200</b>	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 5.000,00	€ 50,00 al dì	€ 25,00 al dì	<input type="checkbox"/> SI

### FRANCHIGIE

Alle Garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "Diaria giornaliera da Ricovero a seguito di Infortunio" sono applicate le franchigie indicate al paragrafo sottostante.

	Franchigia sul Rischio Professionale	Franchigia sul Rischio Extraprofessionale	Franchigia sul Rischio Sportivo
<b>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO</b>			
• Se dichiarata "Attività Professionale" rientrante nel "Cluster di Rischio A"	5% relativa	5% assoluta	10% assoluta
• Se dichiarata "Attività Professionale" rientrante nel "Cluster di Rischio B"	5% relativa al 10%	5% assoluta	10% assoluta
• Se dichiarata "Attività Professionale" rientrante nel "Cluster di Rischio C"	5% relativa al 15%	5% assoluta	10% assoluta
	Franchigia		
<b>DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO</b>	3 notti		

## Questionario di raccolta dati

### ATTIVITÀ PROFESSIONALI ASSICURABILI

L'Assicurando deve svolgere una delle seguenti Attività Professionali:

N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO	N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO
1	Accompagnatore turistico	B - MEDIO	54	Giardiniere	C - ALTO
2	Acconciatore o Estetista o Truccatore	A - BASSO	55	Grafico o Disegnatore o Tatuatore	A - BASSO
3	Addestratori di animali	B - MEDIO	56	Guida Turistica	A - BASSO
4	Addetto alla Logistica	B - MEDIO	57	Hostess	A - BASSO
5	Addetto alle pulizie	B - MEDIO	58	Idraulico	C - ALTO
6	Agente di Assicurazioni	B - MEDIO	59	Imbianchino	C - ALTO
7	Agente di Borsa	B - MEDIO	60	Impiegato con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	B - MEDIO
8	Agente di Commercio	B - MEDIO	61	Impiegato senza lavoro manuale	A - BASSO
9	Agente immobiliare	B - MEDIO	62	Imprenditore con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	C - ALTO
10	Agente o mediatore o procacciatore di prodotti e o servizi	B - MEDIO	63	Imprenditore senza lavoro manuale	A - BASSO
11	Allevatori o agricoltori	C - ALTO	64	Infermerie o altro Professionista Sanitario	C - ALTO
12	Amministratore di Condominio	A - BASSO	65	Informatore Scientifico	B - MEDIO
13	Animatore Turistico	B - MEDIO	66	Ingegnere con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	C - ALTO
14	Architetto con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	C - ALTO	67	Ingegnere senza lavoro manuale	A - BASSO
15	Architetto senza lavoro manuale	A - BASSO	68	Interprete o Traduttore	A - BASSO
16	Ascensorista	C - ALTO	69	Istruttore non professionista di discipline sportive non agonistiche	C - ALTO
17	Assistente di Volo	A - BASSO	70	Lattoniere	C - ALTO
18	Assistente Sociale o Mediatore Culturale	A - BASSO	71	Magazziniere	C - ALTO
19	Autista di mezzi pubblici	C - ALTO	72	Magistrato	A - BASSO
20	Autotrasportatore	C - ALTO	73	Maitre	A - BASSO
21	Avvocato o Praticante Legale	B - MEDIO	74	Massaggiatore o Fisioterapista o Osteopata o Operatore Socio Sanitario	A - BASSO
22	Baby sitter	B - MEDIO	75	Medico o Dentista	B - MEDIO
23	Badante o Colf	C - ALTO	76	Musicista o Cantante	A - BASSO
24	Bagnino	C - ALTO	77	Notaio	A - BASSO
25	Biologo o Chimico o Fisico	C - ALTO	78	Odontotecnico	A - BASSO
26	Cablatore	C - ALTO	79	Operaio di produzione	C - ALTO
27	Caldaista	C - ALTO	80	Operaio metalmeccanico	C - ALTO
28	Calzolaio	B - MEDIO	81	Operatore di Call Center	A - BASSO

## Questionario di raccolta dati

N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO	N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO
29	Carrozziere o Meccanico o Autoriparatore o Elettrauto o Gommista	C - ALTO	82	Operatore di Macchine Controllo Numerico	C - ALTO
30	Carrellista	C - ALTO	83	Operatore ecologico	B - MEDIO
31	Commercialista o Praticante o Revisore dei Conti o Consulente del Lavoro	B - MEDIO	84	Orafo	C - ALTO
32	Commesso alle vendite	A - BASSO	85	Parquettista o Pavimentista o Piastrellista	C - ALTO
33	Componente di CDA	A - BASSO	86	Parrucchiere	A - BASSO
34	Consulente con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	B - MEDIO	87	Perito Agrario	A - BASSO
35	Consulente senza lavoro manuale	A - BASSO	88	Perito Industriale	B - MEDIO
36	Coreografo o Ballerino	C - ALTO	89	Personale viaggiante di mezzi pubblici	C - ALTO
37	Cuoco o Pizzaiolo o Barista o Pasticciere o Cameriere	B - MEDIO	90	Portiere di Albergo	A - BASSO
38	Direttore Generale	A - BASSO	91	Quadro o Funzionario con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	B - MEDIO
39	Dirigente con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	B - MEDIO	92	Quadro o Funzionario senza lavoro manuale	A - BASSO
40	Dirigenti senza lavoro manuale	A - BASSO	93	Regista o Attore o Sceneggiatore o Scenografo	B - MEDIO
41	Docente della scuola pre primaria o primaria o secondaria e superiore	A - BASSO	94	Saldatore	C - ALTO
42	Docente o Ricercatore Universitario o delle Accademie o dei Conservatori	A - BASSO	95	Sarta o Stilista	A - BASSO
43	Ecclesiastico	A - BASSO	96	Scrittore o Giornalista o Fotografo o Interprete	A - BASSO
44	Elettricista	C - ALTO	97	Serramentista	C - ALTO
45	Esercente delle vendite in negozi o ingrossi	A - BASSO	98	Socio con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	C - ALTO
46	Esercente delle vendite al minuto nei mercati e in posti assegnati	B - MEDIO	99	Socio senza lavoro manuale	A - BASSO
47	Esercente di distributori di carburanti ed assimilati	B - MEDIO	100	Spedizioniere	C - ALTO
48	Fabbro	C - ALTO	101	Tappezziere	C - ALTO
49	Falegname	C - ALTO	102	Taxista	C - ALTO
50	Farmacista	A - BASSO	103	Tecnico del suono	A - BASSO
51	Fattorino	C - ALTO	104	Tecnico delle luci	C - ALTO

## Questionario di raccolta dati

N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO	N	ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA	CLUSTER DI RISCHIO
52	Geometra con accesso a cantieri o officine o magazzini o laboratori o ecc	C - ALTO	105	Veterinario	B - MEDIO
53	Geometra senza lavoro manuale	A - BASSO	106	Vetraio	C - ALTO

**L'assicurabilità di soggetti che svolgano una Attività Professionale non rientrante nell'elenco sopra riportato è esclusa, salvo patto speciale con la Società che si riserva il diritto di assicurarli, anche a condizioni diverse.**

## ATTIVITÀ PROFESSIONALI NON ASSICURABILI

**Non possono essere assicurate in qualità di Contraente/Assicurato le persone fisiche che svolgono una delle seguenti Attività Professionali:**

- sportivi professionisti;
- personale addetto a lavori edili;
- personale addetto al collaudo di veicoli e/o aeromobili in genere;
- personale appartenente all'Esercito e/o Forze Armate incluso il Corpo dei Carabinieri, del Corpo della Polizia di Stato, della polizia Municipale, dei Vigili del Fuoco, di Istituti di Vigilanza, Portavalori, Agenti di Custodia;
- personale di circhi equestri e artisti acrobati;
- personale addetto a parchi di divertimento itineranti e/o giostre;
- personale addetto alla lavorazione, trasporto, utilizzo di materiali esplosivi e/o contaminati;
- personale addetto alla pulizia, manutenzione, riparazione di cisterne e serbatoi (anche di mezzi marittimi);
- personale addetto all'utilizzo di prodotti per disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- personale addetto alla preparazione di spettacoli pirotecnici;
- personale addetto alle lavorazioni forestali;
- stuntman e controfigure;
- guardie del corpo e investigatori privati;
- minatori e cavaatori;
- guide alpine, accompagnatori di media montagna, speleologi e istruttori o allenatori di: Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci-Snowboard acrobatico / Sci-Snowboard alpinismo / Slittino / Volo;
- sommozzatori e lavoratori subacquei.

**Si precisa altresì che non possono essere assicurate con la presente Polizza in qualità di Contraente/Assicurato le persone fisiche che siano:**

- minori di anni 18;
- in cerca di occupazione o disoccupati;
- casalinghe;
- pensionati;
- studenti.

## Questionario di raccolta dati

### Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione

Il Contraente

### Trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo proposto. Le in relazione alla Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dati. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione

Il Contraente

## Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora il Contraente non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non adeguato" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dal Contraente.

### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE

☐ Persona Fisica: Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Professione/Attività lavorativa \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

☐ Persona Fisica: Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Professione/Attività lavorativa \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

☐ Obblighi di legge / Impegni contrattuali ☐ Assenza di Obblighi di legge / Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

☐ Lavorativo ☐ Extra Lavorativo ☐ Entrambi

Si dichiara che:

1. il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa per gli Infortuni subiti nell'espletamento di attività che abbiano carattere professionale ed extra-professionale? ☐ Sì ☐ No
2. il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa avente ad oggetto almeno le seguenti garanzie: Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e Rimborso spese mediche da Infortunio? ☐ Sì ☐ No
3. si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Loss Occurrence**, volta a tenere indenne l'Assicurato per gli Infortuni occorsi durante il Periodo di Assicurazione e purché denunciati entro il termine definito dalle Condizioni di Assicurazione e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge? ☐ Sì ☐ No
4. il potenziale Assicurato ha un'età compresa tra i 18 anni e 74 anni compiuti? ☐ Sì ☐ No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1, 2, 3, 4 allora **prodotto non adeguato**.



## Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

5. Il potenziale Assicurato svolge attualmente una delle seguenti attività professionali?

☐ Sì ☐ No

- sportivi professionisti;
- personale addetto a lavori edili;
- personale addetto al collaudo di veicoli e/o aeromobili in genere;
- personale appartenente all'Esercito e/o Forze Armate incluso il Corpo dei Carabinieri, del Corpo della Polizia di Stato, della polizia Municipale, dei Vigili del Fuoco, di Istituti di Vigilanza, Portavalori, Agenti di Custodia;
- personale di circhi equestri e artisti acrobati;
- personale addetto a parchi di divertimento itineranti e/o giostre;
- personale addetto alla lavorazione, trasporto, utilizzo di materiali esplosivi e/o contaminati;
- personale addetto alla pulizia, manutenzione, riparazione di cisterne e serbatoi (anche di mezzi marittimi);
- personale addetto all'utilizzo di prodotti per disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- personale addetto alla preparazione di spettacoli pirotecnici;
- personale addetto alle lavorazioni forestali;
- stuntman e controfigure;
- guardie del corpo e investigatori privati;
- minatori e cavaatori;
- guide alpine, accompagnatori di media montagna, speleologi e istruttori o allenatori di: Alpinismo / Bob / Deltapiano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci-Snowboard acrobatico / Sci-Snowboard alpinismo / Slittino / Volo;
- sommozzatori e lavoratori subacquei.

6. Il potenziale Assicurato si trova attualmente in uno dei seguenti stati occupazionali?

☐ Sì ☐ No

- minori di anni 18;
- in cerca di occupazione o disoccupati;
- casalinghe;
- pensionati;
- studenti.

**AVVERTENZA:** Se valorizzato "Sì" ad almeno uno dei punti 5, 6 allora **prodotto non adeguato**

Per quanto selezionato al punto 2, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

7. L'estensione alla copertura Diaria giornaliera da Ricovero a seguito di Infortunio?

☐ Sì ☐ No

8. L'estensione alla copertura Diaria giornaliera da Gessatura?

☐ Sì ☐ No

9. L'estensione della copertura a tutti i componenti il proprio Nucleo Familiare, anche minorenni ma di età non superiore ai 75 anni compiuti, limitatamente agli infortuni occorsi nello svolgimento di attività che abbiano carattere extra-professionale?

☐ Sì ☐ No

**La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze?** (se "NO" allora prodotto non adeguato).

☐ Sì ☐ No

**La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere Somme Assicurate e Sottolimiti unici per evento e per Periodo di Assicurazione?** (se "NO" allora prodotto non adeguato).

☐ Sì ☐ No

**La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che, in caso di estensione al Nucleo Familiare, le Somme Assicurate per l'intero Nucleo Familiare compreso l'Assicurato, sono pari alle Somme Assicurate previste dall'Opzione scelta, indipendentemente dal numero degli Assicurati colpiti dal Sinistro?** (se "NO" allora prodotto non adeguato).

☐ Sì ☐ No

**Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate?**

☐ Sì ☐ No



## Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

### Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, il distributore certifica che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse dal Contraente. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del Distributore

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del Contraente