

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

CODICE AGENZIA _____ AGENZIA DI _____

INTERMEDIARIO (COGNOME E NOME) _____

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle sue esigenze.

INFORMAZIONI DI BASE

Nome e Cognome _____

Ubicazione / Indirizzo _____ N. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Codice fiscale / P. Iva _____ Data di nascita _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Telefono _____

E-mail _____

Stato del domicilio: Italia/Spazio Economico Europeo

Resto del Mondo

Ubicazione della Sede Legale dell'azienda Italia/Spazio Economico Europeo

Resto del Mondo

Tipologia contraente Persona Giuridica (rispondere solo se si tratta di contraente Persona Giuridica):

Libero Professionista/P.O.E. (Piccolo Operatore Economico)

Microimpresa (meno di 10 dipendenti e fatturato annuo inferiore a € 2.000.000)

Altra Persona Giuridica (imprese, associazioni, enti pubblici, collettività in genere)

Il Contraente intende assicurare la totalità dei propri dipendenti? (rispondere solo se si tratta di contraente Persona Giuridica)

SI

NO

INFORMAZIONI PER L'ANALISI DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE SALUTE! AL SICURO

1. In riferimento alla copertura assicurativa che sta acquistando, qual è l'esigenza di tutela per gli assicurati?

avere una copertura a vita intera che copra le spese mediche in caso di ricovero, con la possibilità di ampliare a visite specialistiche e accertamenti diagnostici anche non correlati al ricovero e prestazioni di assistenza (COMPILARE SEZIONE FORMULA VITA INTERA)

ottenere il rimborso per le spese mediche in caso di ricovero, con la possibilità di ampliare a visite specialistiche e accertamenti diagnostici anche non correlati al ricovero e prestazioni di assistenza (COMPILARE SEZIONE FORMULA DURATA DEFINITA)

essere tutelati per esigenze specifiche (affrontare le spese derivanti da cure dentarie a costi ragionevoli, affrontare le cure per la riabilitazione a seguito di infortunio a costi ragionevoli, affrontare le spese derivanti dalle cure in caso di infortunio dei propri figli minori con anche prestazioni di assistenza) (COMPILARE SEZIONE FORMULA TARGET)

SET DOMANDE SALUTE! AL SICURO - VITA INTERA

2. Tra gli assicurati, qualcuno ha più di 80 anni?

SI

NO

3. Come valuta, sulla base delle esperienze pregresse e/o delle esperienze professionali, la sua conoscenza dei bisogni assicurativi oggetto della copertura?

- Avanzata
Buona
Di base
Non sufficiente

4. Ha compreso il contenuto della copertura e delle relative garanzie, nonché dei limiti ed esclusioni del prodotto?

- SI NO

5. Salute! Vita Intera si contraddistingue per essere una copertura assicurativa che dura per tutta la vita dell'assicurato; per una piena valorizzazione delle coperture a vita intera, la polizza sarà rinnovata di anno in anno continuando a pagare il relativo premio.

Ritiene realistico pensare che, nel medio/lungo periodo, disporrà delle risorse finanziarie necessarie per continuare a pagare il premio di polizza negli anni successivi?

- SI NO

6. Per quali eventi desidera tutelare gli Assicurati:

Solo per il rimborso o il pagamento delle spese legate al ricovero

Per il rimborso o il pagamento sia delle spese legate al ricovero sia delle prestazioni sanitarie (ad esempio visite specialistiche, accertamenti diagnostici) non connesse al ricovero

7. In caso di prestazione extraospedaliera non connessa al ricovero, vorrebbe che gli Assicurati beneficiassero del pagamento/rimborso:

Solo per accertamenti di alta diagnostica resi necessari da malattia o infortunio (ad esempio angiografia, risonanza magnetica, TAC)

Per qualsiasi tipo di accertamento diagnostico reso necessario da malattia o infortunio, inclusa anche l'alta diagnostica

Per le visite specialistiche e qualsiasi tipo di accertamento diagnostico resi necessari da malattia o infortunio e anche per i trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio

8. Desidera aggiungere ulteriori prestazioni assicurative di assistenza come l'Assistenza Domiciliare Integrata (invio di un operatore socio-sanitario, invio di una collaboratrice domestica, ecc), o l'invio di un fisioterapista o altro, oltre a quelle già previste?

- SI NO

SET DOMANDE SALUTE! AL SICURO - DURATA DEFINITA**2. Tra gli assicurati, qualcuno ha più di 80 anni?**

- SI NO

3. Come valuta, sulla base delle esperienze pregresse e/o delle esperienze professionali, la sua conoscenza dei bisogni assicurativi oggetto della copertura?

- Avanzata
Buona
Di base
Non sufficiente

4. Ha compreso il contenuto della copertura e delle relative garanzie, nonché dei limiti ed esclusioni del prodotto?

- SI NO

5. Per quali eventi desidera tutelare gli Assicurati:

Per il rimborso o il pagamento delle spese legate al ricovero

Per il rimborso o il pagamento delle spese legate al ricovero e alle prestazioni sanitarie (ad esempio visite specialistiche, accertamenti diagnostici) anche non connesse al ricovero

6. In caso di ricovero, quale copertura desidera garantire agli Assicurati:

Una copertura completa, che tuteli in caso di ricovero dovuto a malattia o infortunio

Una copertura solo per gravi rischi, che tuteli in caso di ricovero dovuto a gravi patologie

7. In caso di prestazione sanitaria non connessa al ricovero, vorrebbe che gli Assicurati beneficiassero del pagamento/rimborso:

Solo per accertamenti di alta diagnostica resi necessari da malattia o infortunio (ad esempio angiografia, risonanza magnetica, TAC)

Per qualsiasi tipo di accertamento diagnostico reso necessario da malattia o infortunio, inclusa anche l'alta diagnostica

Per le visite specialistiche e qualsiasi tipo di accertamento diagnostico resi necessari da malattia o infortunio e anche per i trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio

8. Desidera aggiungere ulteriori prestazioni assicurative di assistenza come l'Assistenza Domiciliare Integrata (invio di un operatore socio-sanitario, invio di una collaboratrice domestica, ...), o l'invio di un fisioterapista o altro, oltre a quelle già previste?

SI

NO

SET DOMANDE SALUTE! AL SICURO - TARGET**2. In riferimento alla copertura assicurativa che sta acquistando, qual è l'esigenza di tutela per gli assicurati?**

affrontare le spese per cure dentarie a costi ragionevoli e predefiniti

affrontare le spese per la riabilitazione a seguito di infortunio a costi ragionevoli e ottenere un indennizzo in caso di intervento o applicazione di un mezzo di contenzione

affrontare con serenità le spese sanitarie in caso di infortunio dei propri figli minorenni, accompagnate da prestazioni di assistenza

3. Tra gli assicurati, qualcuno ha più di 80 anni?

SI

NO

4. Almeno uno degli Assicurati ha un'età inferiore a 18 anni?

SI

NO

DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

Il Contraente dichiara che nessuna delle teste assicurate è affetta da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S.

N.B. ALCUNE GARANZIE POSSONO PREVEDERE **LIMITAZIONI/ESCLUSIONI DELLA PRESTAZIONE**; IN PARTICOLARE, QUALORA IL PRODOTTO OGGETTO DELL'EVENTUALE ACQUISTO CONTENGA GARANZIE MALATTIE, LE FACCIAMO PRESENTE CHE LA POLIZZA POTREBBE NON OPERARE PER LE CONSEGUENZE DI SITUAZIONI PATOLOGICHE (INFORTUNI/ MALATTIE) PREESISTENTI ALL'ACQUISTO STESSO.

IL SUO INTERMEDIARIO È A DISPOSIZIONE PER ILLUSTRARLE NEL DETTAGLIO OGNI CONTENUTO DI POLIZZA. LE RACCOMANDIAMO, COMunque, DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE PARTI EVIDENZIATE IN GRASSETTO.

Data _____, lì _____

Firma Intermediario

Firma del potenziale Contraente