

## Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessarie per poter valutare in modo adeguato le sue necessità e, di conseguenza, proporle le polizze per i rischi che intende coprire. La mancanza totale o parziale di tali informazioni può rendere impossibile una corretta valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste".

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il Contraente è una persona  fisica  giuridica  
Cognome e nome/ragione sociale (nel caso di persona giuridica)

---

luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ sesso:  femminile  maschile

### PROFILO PERSONALE

Attività lavorativa  Tempo indeterminato  Tempo determinato  
 Lavoratore autonomo  Non occupato

### INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA TUTELARE

La copertura assicurativa è rivolta al Contraente?  SI  NO

Se la risposta è NO, indicare la relazione esistente fra Assicurato e Contraente:

---

Vi sono altri soggetti da tutelare (familiari o altri soggetti):  SI  NO

Se la risposta è SI, indicare i soggetti da tutelare: \_\_\_\_\_

### IL BISOGNO ASSICURATIVO

Protezione del patrimonio:  Responsabilità civile  Incendio/furto Abitazione  Incendio/furto auto  
Tutela della persona:  Malattia  Infortuni  Assicurazione in viaggio  Tutela legale  Assistenza  
Altro: specificare \_\_\_\_\_

### OBBLIGHI DI LEGGE

Il contratto deve soddisfare obblighi di legge:  SI  NO

Se SI quali: \_\_\_\_\_

### EVENTUALI COPERTURE ASSICURATIVE IN CORSO SULLO STESSO RISCHIO

Elencare eventuali coperture assicurative in corso sullo stesso rischio: \_\_\_\_\_

---



**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

*(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, risulta adeguato)*

Valutata la tipologia di contratto proposta, il premio, le franchigie e gli scoperti che rimangono a carico dell'Assicurato, la durata del contratto ed in genere tutti gli elementi fondamentali che costituiscono il contratto stesso, dichiaro di voler accettare la proposta assicurativa e di voler sottoscrivere il Contratto - Polizza n. \_\_\_\_\_ in quanto adeguato alle mie esigenze.

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI NON ADEGUATEZZA**

*(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato, ma vi è comunque la volontà di sottoscriverlo)*

Dichiaro di essere stato informato dal qui presente Intermediario dei motivi per i quali, sulla base delle informazioni da me fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle mie esigenze assicurative. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il Contratto - Polizza n. \_\_\_\_\_

Motivi della non adeguatezza:

- Profilo personale e situazione finanziaria non compatibili con il premio di polizza;
- Tipologia contrattuale non compatibile con l'assenza di carichi familiari;
- Durata contrattuale non conforme all'orizzonte temporale richiesto e/o all'età del Contraente;
- Contratto non conforme alla tipologia di rischio indicata;
- Franchigie/scoperti a carico dell'Assicurato non adeguati;
- Limiti, esclusioni, carenze non adeguati;

Altro (specificare)

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

*(Da sottoscrivere nel caso in cui non si desidera fornire le informazioni richieste nel "Modulo Raccolta Dati")*

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Modulo Raccolta Dati", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto - Polizza n. \_\_\_\_\_

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

Il presente Modulo non costituisce documentazione contrattuale e non è in alcun modo vincolante per il Cliente





Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni  
Decreto del ministero dell'industria, commercio e artigianato  
del 20/10/93 (gazzetta ufficiale del 3/11/93 n° 258)



FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A. con Socio Unico  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Filo Diretto S.p.A.  
Centro Direzionale Colleoni • Via Paracelso, 14 • 20041 Agrate Brianza (MI)  
Tel. 039.60.56.804 r.a. • Fax 039.60.57.533 • [www.filodiretto.it](http://www.filodiretto.it)  
Capitale Sociale € 11.800.000,00 i.v.  
Partita I.V.A. IT 02230970960 • C.F. 01757980923