



Via O.M.Corbino, 24
97100 Ragusa
Tel. 0932/652156

www.occhipintiassicurazioni.com
occhipintiassicurazioni@gmail.com
occhipinti.angela@pec.cgn.it

QUESTIONARIO DI COERENZA E/O ADEGUATEZZA PER LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI ASSICURATIVI

(ex art. 20 Direttiva U.E. 97/2016 – IDD e art 58 Reg. IVASS n° 40/2018)

RAMI DANNI NON IBIPs - VIAGGI

Riservato Agenzia	
Polizza n. <input type="text"/>	Compagnia <input type="text"/>
Intermediario <input type="text"/>	Iscrizione Rui <input type="text"/>

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E GENERALI

Cognome Nome/Ragione Sociale:

Indirizzo:

Luogo e data di nascita: Codice Fiscale/P.IVA:

Stato Civile: Nucleo Familiare n.:

Figli: SI NO N° Reddito complessivo:

SEZIONE VIAGGI

Destinazione del viaggio:

Italia Europa Mondo incluso America e Canada Mondo escluso America e Canada Altro

Obiettivi assicurativi relativi al contratto:

Motivo del viaggio: Vacanza Lavoro Studio all'estero, vacanza studio, stage Altro

Coperture assicurative esistenti per i medesimi scopi: NO

SI Per quali garanzie e somme:

Prestazioni assicurative richieste:

- Rimborso spese mediche a seguito di infortunio e malattia
 RcTerzi
 Perdita bagaglio
 Assistenza
 Altro:

Rateizzazione Premio:

Annuale Semestrale Altro

Durata del viaggio:

dal al Viaggio di gruppo SI NO

Intende assicurare altre persone che viaggiano con lei: SI NO

Se ha risposto SI, indicare chi:



Via O.M.Corbino, 24
97100 Ragusa
Tel. 0932/652156

www.occhipintiassicurazioni.com
occhipintiassicurazioni@gmail.com
occhipinti.angela@pec.cgn.it

Altre informazioni ritenute utili dall'intermediario:

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO (valido per tutte le sessioni)

Sono stati illustrati i seguenti elementi?

Caratteristiche della polizza: SI NO

Tariffe, costi della polizza: SI NO

Franchigie, scoperti, carenze: SI NO

Eventuali esclusioni e rivali: SI NO

Massimali, capitali, somme assicurate: SI NO

Eventuali sottolimiti di garanzia: SI NO

Periodi massimi di erogazione delle prestazioni: SI NO

Durata del contratto SI NO

Analisi dei bisogni:

Completata l'analisi dei bisogni assicurativi, con la compilazione del suddetto questionario, il CLIENTE

DICHIARA:

- di aver fornito in modo esaustivo e veritiero ogni informazione inerente alle proprie caratteristiche, esigenze e richieste assicurative attraverso gli appositi strumenti predisposti dall'Intermediario;
- di essere consapevole che la valutazione di coerenza effettuata dall'intermediario è fondata sul predetto quadro informativo con riguardo al momento in cui esso è stato reso e che detta valutazione non si estende a successivi mutamenti dello stesso;
- di essere consapevole che l'intermediario non potrà essere ritenuto responsabile per qualsiasi eventuale danno cagionato da un quadro informativo viziato da omissioni o errori di non lieve entità o false dichiarazioni derivanti da dolo o colpa del contraente.

Dichiarazione consegna della documentazione precontrattuale

Inoltre conferma di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto al quale la presente dichiarazione è allegata:

Allegato 3 Allegato 4 Allegato 4 Ter

Set informativo (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni Generali di Assicurazione) della Compagnia di Assicurazione del prodotto assicurativo prescelto.

Raccomandazione personalizzata (in caso di collocamento con consulenza)

Luogo e data

Firma del CLIENTE _____