



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 ELEMENTARI – NON IBIPs – RCP MEDICO E PROFESSIONE SANITARIE

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:

Codice Fiscale/P.IVA:

Email: Telef./Cellulare:

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

Stato Civile: Nucleo Familiare n.:

Figli minorenni: SI NO Reddito complessivo:

RISCHI PROFESSIONALI PER MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE

Obiettivi assicurativi relativi al contratto:

- Ottemperanza obblighi di legge Personali esigenze di protezione rischio Impegni contrattuali
- Altro

Professione esercitata/specialistica:

Libero Professionista Dipendente struttura privata Dipendente struttura pubblica

Esercita attività ambulatoriale: Extramoenia Intromoenia Non esercitata

Effettua interventi chirurgici: SI NO Effettua atti invasivi: SI NO

Coperture assicurative esistite/esistenti per i medesimi scopi: NO

1) A cosa è interessato principalmente:

- Copertura Responsabilità Civile Professionale, con detrazioni di scoperti e/o franchigie se previsti
- RCP con limitazione alla sola Colpa Grave

Retroattività richiesta: 1 Anno 2 Anni 3 Anni Altro

2) Sono interessato ad altre coperture assicurative diverse dalla RC Professionale, ma comunque legate allo svolgimento della professione:

- Copertura per danni all'immobile ove viene esercitata la professione e/o al contenuto a seguito di incendio e altri rischi, con detrazione di scoperti e/o franchigie se previsti



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

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

Copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati a terzi con detrazione di scoperti e/o franchigie se previsti

Altro

Ubicazione dell'immobile:

di proprietà SI NO Gravato da mutuo SI NO

Indicare le garanzie richieste:

Incendio Furto RCT/RCO Assistenza Tutela Legale Cristalli

Ricorso Terzi da incendio Altro

Rateizzazione Premio: Annuale Semestrale Altro

Altre informazioni ritenute utili all'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 rivalute: SI NO

Massimali, capitali, somme assicurate: SI NO

Eventuali sotto limiti di garanzia: SI NO

Periodi massimi di erogazione delle prestazioni: SI NO

Durata del contratto, modalità di disdetta: SI NO

Garanzia Claims Made? SI NO

ANALISI DEI BISOGNI:

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

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 _____