



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 E VITA NON IBIPs

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 VITA – PRODOTTI ASSICURATIVI D'INVESTIMENTO IBIPs

Obiettivi assicurativi relativi al contratto:

Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare:

Risparmio/Investimento di un prodotto assicurativo Esigenze previdenziali e/o integrazioni di reddito

Coperture assicurative esistenti per i medesimi scopi: NO SI per quali garanzie e somme:

Informazioni sulla situazione finanziaria

Qual è la somma che vuole destinare all'investimento?

Fino a € 20.000,00 da € 20.000,00 a € 50.000,00 oltre € 50.000,00

Informazioni sulle aspettative assicurative/previdenziali:

a) Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente, quali sono le sue aspettative dell'investimento?

Bassa – Non sono disposto ad accettare alcuna perdita del valore del mio investimento e di conseguenza accetto rendimenti modesti ma sicuri nel tempo

Media – Sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato

Alta - Sono disposto a sopportare oscillazioni anche elevate del valore del mio investimento, nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti, con la consapevolezza che ciò comporta dei rischi

b) Quale sarebbe la sua reazione ad una improvvisa variazione negativa del valore d'investimento?

Liquidare l'intero investimento per evitare ulteriori perdite

Liquidare una parte dell'investimento per limitare ulteriori perdite

Mantenere l'investimento invariato per recuperare quanto perso, tenendo presente la possibilità di perdere anche l'intero capitale

Orizzonte temporale

Fra quanto tempo pensa di aver bisogno di disinvestire una parte significativa dell'investimento?

Entro 4 anni Oltre 4 anni e fino a 10 anni Oltre 10 anni

Informazioni sulla esperienza e conoscenza dei mercati finanziari

Si tiene aggiornato sull'andamento dei mercati finanziari e l'andamento dell'economia in generale?



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

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

SI NO Saltuariamente

I suoi studi o il suo lavoro, attualmente o precedentemente, Le hanno consentito di acquisire conoscenze e competenze specifiche sui prodotti, mercati finanziari, servizi d'investimento?

Vero Falso Non saprei

In che tipologia di prodotti assicurativi investe o ha investito in passato?

Non ho mai investito in prodotti assicurativi

Ho investito prevalentemente in prodotti assicurativi di tipo Unit Linked, su Fondi Interni e/o rivalutazioni a capitale garantito

Ho investito su prodotti assicurativi Unit Linked su Fondi Esterni

Nel caso acquisti un'attività finanziaria che prevede un costo iniziale o d'uscita, per quanto tempo sarebbe opportuno detenerla?

Anche per un periodo di tempo molto breve (un giorno, un mese)

Almeno il tempo stimato per ammortizzare tutti i costi del prodotto (come indicato nel documento precontrattuale della compagnia prescelta)

Non saprei

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 e relative prestazioni?

SI NO

Costi d'ingresso/d'uscita/d'intermediazione/altri della polizza?

SI NO

Franchigie, scoperti, eventuali sottolimiti di garanzia?

SI NO

Eventuali esclusioni, carenze, riscatto, finestre di riscatto, penalità?

SI NO

Capitali assicurati, riduzione di capitale, capitale rivalutato?

SI NO

Durata del contratto, opzioni a scadenza previste dalla polizza?

SI NO

Cambio/switch linea d'investimento, costi e/o penalità?

SI NO

Gestione separata, gestione fondi interni, rendimenti finanziari?

SI NO

Diritto di recesso e risoluzione 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 bis 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 _____