QUESTIONARIO DI COERENZA E/O ADEGUATEZZA E/O APPROPRIATEZZA PER LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI ASSICURATIVI – DEMANDS & NEEDS ED 09.04.21

(ex art. 20 Direttiva U.E. 97/2016 – IDD e art 58 Reg. IVASS n° 40/2018 – Provv. IVASS 97/2020 – Reg. IVASS 45/2020)

Intermediario

Cocchieri Barbara, iscritta nel RUI – Sez. E – N° iscrizione **E000135884** in data **16/04/2007** in qualità di responsabile dell'attività di intermediazione con sede in VIA OLANDA 41/A POMEZIA 00071 Roma in qualità di collaboratrice della **Badibroker Srl**, iscritta nel RUI – Sezione B – N° iscrizione **B000334809** in data **23/03/2010** il cui responsabile dell'attività di intermediazione assicurativa è **Badiali Matteo**, iscritto nel RUI – Sez. B – N° iscrizione **B000038794** in data **23/03/2010**

RAMI ELEMENTARI E VITA PROTECTION – PROTEZIONE

PREMESSA

Gentile Cliente, Le chiediamo di dedicarci qualche minuto del Suo tempo per rispondere ad alcune domande, indispensabili per identificare la soluzione assicurativa più adeguata e coerente per soddisfare le Sue esigenze di sicurezza. Solo grazie alla Sua preziosa collaborazione riusciremo nel comune intento di poterLe offrire le garanzie più indicate, quelle in grado di rispondere efficacemente all'evento dannoso, qualora dovesse verificarsi.
Ci preme evidenziarLe come i quesiti, ove pertinenti, inclusi quelli relativi alla Sua attività, alla Sua professione, alla Sua azienda ed ai beni – collaboratori – dipendenti – clienti e fornitori della stessa, ai Suoi immobili, ai Suoi animali, ai Suoi viaggi, ai Suoi impegni finanziari, agli obblighi contrattuali eventuali di doversi proteggere o assicurare per danni a terzi o di dare garanzie, alla Sua persona, alle Sue condizioni fisiche, al Suo nucleo famigliare, alla Sua situazione economico/patrimoniale, siano rilevanti per quanto sopra illustrato. La ringraziamo per la collaborazione.

Riservato al Broker

Polizza _____

Compagnia _____

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E GENERALI

Nome Cognome/R Sociale _____
Indirizzo _____
Codice Fiscale _____
Luogo e data di nascita _____
Professione _____
Email _____
Telefono _____

Stato Civile ☐ **single** ☐ **sposato** ☐ **convivente** ☐ **divorziato** ☐ **separato**

Nucleo Familiare **(a tendina)** ☐ **single** ☐ **coniuge/convivente non a carico**
☐ **coniuge/convivente a carico** ☐ **coniuge/convivente e figli non a carico**
☐ **coniuge/convivente e figli a carico** ☐ **figli a carico** ☐ **altri soggetti a carico**

Reddito Annuo Complessivo della famiglia **€** _____

Tipologia di reddito **(a tendina)** ☐ **dipendente reddito fisso** ☐ **professionista** ☐ **lavoratore autonomo** ☐ **imprenditore** ☐ **pensionato** ☐ **vive di rendita** ☐ **non occupato**

☐ **Impegni finanziari in essere** **(a tendina)** ☐ **mutui** ☐ **finanziamenti** ☐ **riscatti pensionistici** ☐ **debiti finanziari** ☐ **debiti commerciali** ☐ **cessione del V°**

☐ **Importo totale degli impegni : _____**

☐ **Importo rata mensile degli impegni : _____**

SEZIONE A) (Persona Famiglia – Vita Protection – Infortuni – Sanitaria – Tutela Legale Persone Fisiche – Assistenza alle Persone

Stato di salute

	SI	NO
E' in buon stato di salute	○	○

Obiettivi assicurativi Relativi al Contratto

☐ Ottemperanza obbligo di legge

☐ Protezione della famiglia (infortuni /sanitaria)

☐ Protezione della persona (infortuni /sanitaria)

☐ Vita caso morte rischio puro

☐ LTC Long Term Care

☐ Coprire il rischio di incorrere in eventuali spese legali

☐ Assicurare animali domestici

☐ Garanzia di assistenza

☐ Protezione del patrimonio responsabilità civile del cittadino e/o della famiglia

	SI	NO
Coperture assicurative esistenti per i medesimi scopi	O	O

Se sì per quali garanzie e somme:

_____

_____

Coperture prestate anche con detrazione di scoperti e/o franchigie, sottolimiti, limiti di risarcimento, se previsti e/o limite max di indennizzo

☐ Infortuni copertura professionale

☐ Infortuni copertura extraprofessionale

☐ Infortuni copertura prof. ed extraprof.

☐ Infortuni copertura viaggi

☐ Infortuni copertura circolazione

☐ morte e/o invalidità permanente (da infortunio)

☐ estensione ai rischi sportivi

☐ attività pericolose

☐ indennità giornaliera per ricovero e/o gessatura e/o convalescenza e/o rimborso spese sanitarie e/o inabilità temporanea

☐ invalidità permanente da malattia

☐ rimborso spese sanitarie

☐ Tutela legale

☐ Vita rischio puro caso morte importo da assicurare

☐ Vita LTC rendita per non autosufficienza da assicurare

☐ Responsabilità civile capofamiglia

Dettaglio Rischi Sportivi/Attività Pericolose:

_____

Rateizzazione e modalità di pagamento del premio :

- ☐ Annuale
- ☐ Semestrale
- ☐ Quadrimestrale
- ☐ Trimestrale
- ☐ Mensile
- ☐ Premio unico

Altre informazioni ritenute utili dall'intermediario:

_____

SEZIONE B) (Polizze globali fabbricati/Casa/Famiglia/RC capofamiglia/RC Fabbricati/Furto e rapina abitazione/Scippo/Preziosi e denaro/tutela legale/assistenza/Eventi catastrofali)

Obiettivi assicurativi Relativi al Contratto

☐ Ottemperanza obbligo di legge

☐ Protezione dei beni (incendio/furto-rapina-scippo/danni da acqua/altri danni ai beni)

☐ Protezione del patrimonio (responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro)

☐ Tutela legale

☐ Assistenza

	SI	NO
Coperture assicurative esistenti per i medesimi scopi	○	○

Se si per quali garanzie e somme : _____

_____

E' interessato a coperture assicurative per danni causati da:

☐ Incendio/Scoppio/Azione del fulmine e simili

☐ Danni da acqua condotta

☐ Ricerca/riparazione guasti

☐ Fenomeno elettrico

☐ Atti vandalici e dolosi

☐ Eventi naturali

☐ Eventi catastrofali

☐ Terremoto

☐ Inondazione/Allagamenti

☐ Furto – rapina/Scippo

☐ Tutela Legale

☐ Assistenza

☐ Copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati a terzi e prestatori di lavoro.

☐ Coperture prestate anche con detrazione di scoperti e/o franchigie, sottolimiti, limiti di risarcimento, se previsti e/o limite max di indennizzo

Ubicazione dell'immobile: _____

Tipologia immobile: (a tendina) ☐ Villa unifamiliare, ☐villino a schiera, ☐appartamento, ☐piano terra, ☐ piano intermedio ☐ piano attico, ☐condominio

Materiale costruzione solai : _____

Materiale costruzione pareti esterne : _____

Materiale costruzione tetto : _____

Materiale struttura portante : _____

Fabbricato antisismico ☐ si ☐no

Numero dei piani: _____

Anno di Costruzione : _____

	SI	NO
Immobile di proprietà	O	O
Immobile gravato da mutuo	O	O
Animali domestici	O	O

Rateizzazione e modalità di pagamento del premio :

- ☐ Annuale
- ☐ Semestrale
- ☐ Quadrimestrale
- ☐ Trimestrale
- ☐ Mensile
- ☐ Premio unico

Altre informazioni ritenute utili dall'intermediario:

SEZIONE C) (rischi professionali/aziende/imprese/associazioni ed enti)

Attività svolta : _____

Data inizio attività : _____

Numero addetti _____

Fatturato _____

Retribuzione al personale dipendente _____

Ubicazione stabilimento/negozio/deposito/ufficio

Tipologia immobile: capannone industriale , negozio, supermercato, deposito commerciale, officina , laboratorio, studio professionale , gabinetto medico, clinica attività sanitaria, altro : ----------

---

Materiale costruzione solai : _____

Materiale costruzione pareti esterne : _____

Materiale costruzione tetto : _____

Materiale strutture portanti : _____

Numero dei piani: _____

Anno di Costruzione : _____

Fabbricato antisismico ☐ si ☐ no

Obiettivi assicurativi relativi al contratto

☐ ottemperanza a obblighi di legge

☐ protezione del patrimonio (Resp Civile vs Terzi e vs Prestatori d'opera)

☐ RC professionale

☐ Rc prodotti

☐ protezione dei beni (incendio/ danni da acqua /furto-rapina/altri danni ai beni)

☐ cauzioni / fideiussioni / credito

☐ protezione persona (infortuni)

☐ trasporti

☐ Rischi tecnologici

☐ CAR

☐ DEC Postuma

☐ Sanitaria di gruppo

☐ Garanzia assistenza

☐ Coprire il rischio di incorrere in eventuali spese legali

☐ Polizza Leasing

☐ Ramo grandine

☐ Ramo bestiame

☐ Altro

	SI	NO
Ha già in corso coperture assicurative per questi scopi?	O	O

Se si, per quali garanzie e somme intendi assicurarti ? :

_____

E' interessato a coperture assicurative per danni causati da:

☐ Incendio/Scoppio/Azione del fulmine e simili

☐ Danni da acqua condotta

☐ Ricerca/riparazione guasti

☐ Fenomeno elettrico

☐ Atti vandalici e dolosi

☐ Eventi naturali

☐ Eventi catastrofali

☐ Terremoto

☐ Inondazione/Alluvione/Allagamenti

☐ Furto – rapina/Scippo

☐ Tutela Legale

☐ Assistenza

☐ Copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati a terzi e prestatori di lavoro.

☐ RC professionale

☐ Copertura rischio morte TCM di Gruppo (personale dipendente, soci, colleghi, collaboratori e dirigenti)

☐ Copertura infortuni di gruppo (personale dipendente, soci, colleghi, collaboratori e dirigenti)

☐ Copertura sanitaria di gruppo (personale dipendente, soci, colleghi, collaboratori e dirigenti)

☐ Coperture prestate anche con detrazione di scoperti e/o franchigie, sottolimiti, limiti di risarcimento, se previsti e/o limite max di indennizzo

	SI	NO
Immobile di proprietà	O	O
Immobile gravato da mutuo	O	O
Leasing	O	O

Rateizzazione e modalità di pagamento del premio :

☐ Annuale
☐ Semestrale
☐ Quadrimestrale
☐ Trimestrale
☐ Mensile

☐ Premio unico

Altre informazioni ritenute utili dall'intermediario:

_____

Informazioni riguardanti il contratto assicurativo

Sono stati illustrati i seguenti elementi?

	SI	NO
Caratteristiche della polizza	O	O
Tariffe, costi della polizza	O	O
Franchigie, scoperti, sottolimiti, limiti massimi	O	O
Eventuali esclusioni, rivalse	O	O
Massimali, capitali, somme assicurate	O	O
Eventuali sotto limiti di garanzia	O	O
Periodi massimi di erogazioni delle prestazioni	O	O
		8/9

Durata del contratto, modalità di disdetta	O	O

Con la presente sottoscrizione si dichiara che

OA) Il sottoscritto Cliente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini della valutazione della coerenza, dell'adeguatezza e appropriatezza della proposta assicurativa formulatagli. L'intermediario informa che il prodotto che intende acquistare risulta coerente con l'analisi delle esigenze assicurative effettuata sulla base delle informazioni fornite.

Il sottoscritto contraente DICHIARA di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto al quale la presente dichiarazione è allegata:

O ALLEGATO 3;

O ALLEGATO 4 E 4 TER;

O La documentazione informativa precontrattuale e quella contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni e i Dip informativi relativi

O L'Informativa per il trattamento dei dati identificativi personali, comuni e sensibili , per i quali rilascerà i relativi consensi con separata dichiarazione tanto della compagnia assicuratrice che dell'intermediario Badibroker Srl

Il sottoscritto contraente:

	SI	NO
Autorizza che la documentazione contrattuale ed ogni altra comunicazione assicurativa, compresi i sinistri, possa essere scambiata in modalità telematica mediante invio all'indirizzo di posta elettronica indicato dal cliente sul presente modulo	O	O
Acconsente alla fornitura delle informazioni tramite sito internet www.badibroker.it nella Sezione Modelli, BADIBROKER SRL srl e allegati 3 - 4 - 4ter. Informerà anche mediante comunicazione telematica al contraente dell'indirizzo del sito internet e del punto del sito internet in cui possono essere reperite le informazioni	O	O

Luogo e data _____

Il contraente anche potenziale _____

L'intermediario che entra in contatto con il cliente _____