

**VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE AUTO****DATI ANAGRAFICI CLIENTE/PROSPECT (Persona fisica/Persona giuridica)**

Nome Cognome/Ragione sociale
Residenza/Sede legale
Codice fiscale/Partita IVA:
Professione/Oggetto sociale:
Ambito della copertura assicurativa richiesta: <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Lavorativo <input type="checkbox"/> Non sa/Non risponde

Gentile cliente,

in questo documento può trovare un **questionario** nel quale le chiediamo alcune informazioni necessarie, in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS 40 del 2018 per **poterle offrire** un prodotto che rispecchi **le sue esigenze assicurative**. Qualora decidesse di non rispondere non ci sarà possibile valutare le sue richieste ed esigenze assicurative.

**QUESTIONARIO****1) PER QUALI ESIGENZE AVVERTE IL BISOGNO DI ASSICURARSI?**

- a) Proteggere il mio patrimonio/il patrimonio aziendale da richieste di risarcimento per danni causati a terzi dal veicolo mentre circola, sia a cose che a persone, alle condizioni minime previste dalla legge (copertura RCA):

Si ☐    No ☐    Non risponde ☐

Se Sì,

- a.1 possiede altri veicoli già assicurati, dello stesso tipo considerato per questa proposta, o c'è nel suo stato di famiglia una persona titolare di polizza per un veicolo per cui si può applicare la "legge Bersani"/Rca familiare?

Si ☐    No ☐

- a.2 In caso di sinistro, è disposto a concorrere al risarcimento del danno?

Si ☐    No ☐

- a.3 In caso di sinistro, se alla guida del suo veicolo ci sono persone diverse dall'intestatario, con età inferiore a 26 anni, o locatario dichiarato, è disposto a concorrere al risarcimento del danno?

Si ☐    No ☐



a.4 E' interessato ad inserire l'opzione GUIDA LIBERA (chiunque può guidare il veicolo, senza limitazioni in caso di sinistro e senza rivalse in caso di sinistro)?

Si ☐ No ☐

a.5 E' interessato ad inserire un massimale RCA superiore dal limite minimo previsto dalla normativa vigente?

Si ☐ No ☐ Quale? \_\_\_\_\_

b) Disporre di un capitale per l'indennizzo di eventuali danni, parziali o totali, al veicolo: Si

☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, specificare l'interesse per:

- INCENDIO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- FURTO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- EVENTI ATMOSFERICI E SOCIOPOLITICI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- DANNI ACCIDENTALI (KASKO)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- CRISTALLI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

c) Disporre di un capitale per l'indennizzo dei danni subiti dal conducente del veicolo a causa di infortunio conseguente a circolazione:

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, specificare l'interesse per:

- MORTE DA INFORTUNIO/INV PERMANENTE/RIMB SPESE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- DIARIA RICOVERO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

d) Proteggere il patrimonio da richieste di risarcimento per danni causati a terzi: Si

☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, specificare l'interesse per:

- PER LA TUTELA LEGALE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- PER L'ASSISTENZA STRADALE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- PER ALTRI RISCHI (es. ripristino airbag, perdita chiavi)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

e) Altro:

.....  
 .....



## 2) HA IN CORSO ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI A COPERTURA DEGLI STESSI BISOGNI?

Si ☐ No ☐ Non risponde ☐

Se Sì, per quali dei seguenti rischi?

- |                                                    |                             |                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Responsabilità civile                            | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Incendio                                         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Furto e rapina                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Danni subiti dal veicolo durante la circolazione | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Soccorso e assistenza                            | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Infortunio del conducente                        | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

## 1) ALTRE INFORMAZIONI UTILI SULLE SUE ESIGENZE ASSICURATIVE

.....  
.....

**Data e luogo**

**Firma del Cliente o del** \_\_\_\_\_  
**Rappresentante Legale**



