

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE
IN RELAZIONE ALLA CREDITOR PROTECTION INSURANCE
Assicurazione facoltativa**

Ai sensi dell'art. 119 ter del D.Lgs 209/2005 (c.d. Codice delle Assicurazioni private) e relative disposizioni emanate da IVASS

Gentile Cliente,

la richiesta di compilazione del presente questionario è finalizzata a meglio comprendere le Sue esigenze di copertura assicurativa al fine di proporLe un prodotto assicurativo facoltativo per le Sue necessità.

Ai sensi dell'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, i soggetti operanti come distributori di prodotti assicurativi sono tenuti a proporre esclusivamente contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa del cliente, opportunamente rilevate in sede precontrattuale. La compilazione del presente questionario è dunque funzionale all'acquisizione delle informazioni necessarie per poterLe offrire un prodotto coerente con le Sue richieste ed esigenze assicurative, in conformità con quanto previsto dalla normativa di riferimento. Le segnaliamo che l'eventuale rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità del distributore di verificare la coerenza del contratto con le Sue richieste ed esigenze e, dunque, impedisce la sottoscrizione del contratto medesimo. Non è inoltre possibile procedere alla sottoscrizione del contratto nel caso in cui, sulla base delle informazioni fornite, il prodotto non risulti coerente con le Sue richieste ed esigenze. Eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 c.c.

DATI CLIENTE

NOME E COGNOME		CODICE FISCALE		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA			COMUNE DI RESIDENZA		PROV. CAP
PROFESSIONE			STATO CIVILE		NUMERO FAMIGLIARI

N. pratica riferimento

1. È interessato a valutare una copertura assicurativa per eventi che potrebbero compromettere la Sua capacità di far fronte agli obblighi contrattuali previsti da un finanziamento? SÌ NO
2. Possiede polizze assicurative a protezione del credito (CPI/ Coperto) anche a tutela del finanziamento in oggetto? SÌ NO

VERIFICA RICHIESTE ED ESIGENZE E DELLA COERENZA DEL PRODOTTO ASSICURATIVO OFFERTO

1. È interessato ad una copertura assicurativa che Le consenta di ottenere il pagamento di un numero determinato di rate del Finanziamento nel caso di eventi gravi che possono compromettere la Sua capacità di lavoro e causarLe Perdita d'Impiego (PI) e che garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato nel caso di eventi gravi che possono compromettere la Sua capacità di rimborso del finanziamento sottostante quali Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia maggiore o uguale al 66%? SÌ NO
2. Ritiene rispondente alle Sue esigenze una copertura assicurativa che prevede il pagamento di un premio unico anticipato di importo pari a quello indicato nel modulo di adesione e finanziato con il prestito personale sottostante? SÌ NO
3. Ritiene rispondente alle Sue esigenze una copertura assicurativa di durata pari a quella del contratto di finanziamento sottoscritto? SÌ NO
4. Conferma di non avere attualmente in essere altre coperture assicurative per il rischio Morte o Invalidità Totale Permanente (ITP) che Le consentono di estinguere il debito residuo derivante dal Finanziamento? Conferma di non avere attualmente in essere altre coperture assicurative per il rischio derivante da Perdita di Impiego (PI), che Le consentono di ricevere un importo mensile per il rimborso delle rate del Finanziamento? SÌ NO
5. Conferma di non praticare abitualmente sport estremi quali, ad esempio: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante? SÌ NO
6. Conferma di non svolgere una delle seguenti attività professionali: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfingura, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio? SÌ NO
7. Conferma di svolgere un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi e di almeno 16 ore settimanali? SÌ NO
8. È consapevole che nel caso di modifica del Suo stato occupazionale la copertura da Lei sottoscritta e relativa alla protezione della rata del Suo finanziamento potrebbe non essere più adeguata alle Sue esigenze e che potrebbe non essere possibile la sostituzione con altre coperture? SÌ NO
9. Considerato che il premio è unico e anticipato e finanziato con il prestito personale sottostante è consapevole che l'importo complessivo del finanziamento e la relativa rata aumentano in funzione delle coperture assicurative offerte? SÌ NO
10. Il contratto prevede periodi di carenza, franchigie ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione. È consapevole dell'esistenza di tali clausole ed è disposto ad accettarle? Ritiene di essere stato adeguatamente e chiaramente informato dall'intermediario sulle caratteristiche del prodotto, sulla facoltatività della polizza e sui relativi costi? SÌ NO

Il sottoscritto Aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande riportate nel questionario che precede.

Riconosce altresì che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se scritte di pugno altrui, e pertanto ne assume piena responsabilità.

Alla luce delle informazioni fornite e delle risposte date ai quesiti sopra riportati, il sottoscritto intermediario conferma che il prodotto risulta coerente con le richieste e esigenze assicurative.

LUOGO DATA

FIRMA CLIENTE L'INTERMEDIARIO COLLOCATORE

NEL CASO IN CUI SIA RICHIESTA ANCHE LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO, SI SEGNALE CHE - AI FINI DELLA VERIFICA DI ASSICURABILITÀ - DEVONO ANCORA ESSERE VALUTATE LE INFORMAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO