

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporLe un contratto coerente alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alla Polizza Collettiva.**

Aderente Cognome nome: _____
 Codice fiscale: _____
 Sesso: _____ Data di nascita: _____ Età: _____
 Provincia di residenza: _____

1) Esigenze assicurative

Quali sono le Sue esigenze assicurative?

- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi
- protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali
- protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina
- protezione dei beni relativi ad attività commerciali, artigianali, industriali, agricole
- fideiussione in forma di polizza
- protezione all risk
- protezione della persona per il rischio infortunio
- protezione della persona per il rischio malattia
- protezione degli animali per il rischio infortuni e/o malattia
- patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio

2) Obblighi di legge

Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, ha necessità di ottemperare a obblighi di legge?

- sì
- no

3) Attuali coperture

Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze danni?

- no
- sì, per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi
- sì, per la protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali
- sì, per la protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina
- sì, per la protezione dei beni relativi ad attività commerciali, artigianali, industriali, agricole
- sì, polizza fideiussoria
- sì, polizza all risk
- sì, per la protezione della persona per il rischio infortunio
- sì, per la protezione della persona per il rischio malattia
- sì, per il patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio

4) Tutela di altri soggetti

Esistono persone che Lei intende indicare quali beneficiari in polizza?

- sì
- no

Mod. INF Fam-Ed. 31/12/2021

5) Professione

Quale è attualmente il suo stato occupazionale?

- occupato con contratto a tempo indeterminato
- occupato con contratto a tempo determinato
- autonomo/libero professionista
- pensionato
- benestante
- non occupato

6) Situazione finanziaria

Quale è la Sua capacità di risparmio medio annuo?

- fino a 5.000 euro
- da 5.000 a 15.000
- oltre 15.000

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

Luogo e data

L'aderente

Mod. INF Fam-Ed. 31/12/2021

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Sede Legale: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111
Fax +39 045 8 391 112 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962
P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA
Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

www.cattolica.it

