

- 4) Desidera garantire ai Suoi beneficiari un capitale in caso di decesso da infortunio?
 SI NO
- 5) Vuole ricevere un indennizzo in caso di infortunio e/o malattia invalidanti che comportino una riduzione (totale o parziale) della Sua capacità di lavoro?
 SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni) SI (solo malattie)
 NO
- 6) A seguito di infortunio e/o malattia, è interessato a percepire una diaria giornaliera o un indennizzo forfettario?
 SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni)
 NO
- 7) Vuole garantirsi il rimborso delle spese di cura che potrebbero insorgere in caso di infortunio e/o malattia?
 SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni)
 NO
- 8) A fronte di situazioni di bisogno dovute alla perdita di autosufficienza è interessato a garantirsi servizi e prestazioni di assistenza?
 SI
 NO
- 9) In caso di controversie legali a seguito di infortunio, desidera ricevere un rimborso delle spese di natura legale che potranno insorgere?
 SI NO
- 10) Potrebbero interessarLe delle utili prestazioni di assistenza in caso di sinistro o dei servizi attivi 24 ore su 24 per la durata del contratto?
 SI NO
- 11) Nel caso in cui desideri assicurare il suo nucleo familiare o un altro/altri soggetti, nei confronti di quali eventi intende tutelarli?
 infortuni malattie assistenza
 tutela legale non autosufficienza altro non intendo assicurare altri soggetti

DA COMPILARSI SOLO SE L'AMBITO DELLA TUTELA È LA CIRCOLAZIONE/VIAGGIO

- 12) Desidera ricevere un rimborso delle spese che possano insorgere a seguito di controversie legali legate alla circolazione?
 SI NO
- 13) Desidera ricevere un rimborso delle spese del viaggio per l'annullamento causato da circostanze imprevedibili e da situazioni non preesistenti?
 SI NO
- 14) Desidera ricevere un indennizzo in caso di danni materiali subiti durante un viaggio/soggiorno a seguito della perdita del bagaglio?
 SI NO

N.B. ALCUNE GARANZIE POSSONO PREVEDERE **LIMITAZIONI/ESCLUSIONI DELLA PRESTAZIONE**. IN PARTICOLARE, QUALORA IL PRODOTTO OGGETTO DELL'EVENTUALE ACQUISTO CONTENGA GARANZIE MALATTIE, LE FACCIAMO PRESENTE CHE LA POLIZZA POTREBBE NON OPERARE PER LE CONSEGUENZE DI SITUAZIONI PATOLOGICHE (INFORTUNI/ MALATTIE) PREESISTENTI ALL'ACQUISTO STESSO. **IL SUO INTERMEDIARIO È A DISPOSIZIONE PER ILLUSTRARLE NEL DETTAGLIO OGNI CONTENUTO DI POLIZZA**. LE RACCOMANDIAMO, COMUNQUE, DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE PARTI EVIDENZIATE IN GRASSETTO.

Data |__|__|__|__|__|__|

Firma Intermediario

Firma del potenziale Contraente



DICHIARAZIONE DI COERENZA DEL PRODOTTO CON LE RICHIESTE E LE ESIGENZE DEL CONTRAENTE

Gentile _____ ,

il prodotto che intende acquistare risulta coerente con l'analisi delle sue richieste ed esigenze assicurative, effettuata sulla base delle informazioni fornite.

Luogo e data _____ / _____ / _____

Firma Intermediario

Firma del potenziale Contraente

