

INTERMEDIARIO DISTRIBUTORE:

CODICE:

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA COERENZA ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE ESPRESSE DAL CONTRAENTE

(ai sensi dell'Art.58 del regolamento 40/2018, così come modificato dal Provvedimento 97/2020, comma 4-bis, lettera a - rivolta ai futuri Contraenti)

NOMINATIVO CLIENTE: _____

Prodotto: **Global Sistema Salute** - ed. 1/GSSP (Contratto di Assicurazione Danni)

Ai sensi della vigente normativa, il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dal Contraente le informazioni necessarie al Distributore per valutare la coerenza del contratto assicurativo con le richieste e le esigenze espresse del Contraente medesimo.

Ove l'esito della predetta **valutazione di coerenza sia negativo**, o il Cliente si rifiutasse di fornire in tutto in parte le informazioni a ciò finalizzate, il **Distributore si asterrà dal collocare il prodotto** assicurativo.

Eventuali **indicazioni di non interesse** espresse dal Contraente verso alcune Garanzie (vedasi "Quesiti sulle coperture"), non inficiano la proposizione del contratto; tuttavia, **il Distributore dovrà astenersi dal proporre tali Garanzie in fase di emissione.**

Quesiti a carattere generale:

1. Sei una persona fisica residente in Italia o rappresenti una persona giuridica con sede legale in Italia ?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
2. La / le persone che intendi assicurare corrispondono ai seguenti requisiti? - Sono residenti in Italia - Hanno un'età (alla data di inizio di validità della polizza) compresa tra 1 anno e 70 anni compiuti?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
3. La/le persone che intendi assicurare rientrano in queste casistiche di relazione con il Contraente? - In caso di contraente persona fisica: il contraente stesso e/o eventuali membri appartenenti al nucleo familiare convivente; - In caso di contraente persona giuridica: soci, amministratori, dipendenti ed eventuali membri appartenenti ai rispettivi nuclei familiari conviventi.	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
4. La durata del contratto offerto è in linea con le tue aspettative, considerato che il suo rinnovo è in funzione dei limiti contrattuali massimi di età raggiunta dall'assicurato?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
5. Sei interessato al prodotto offerto sapendo che deve essere acquistata obbligatoriamente: - la garanzia Assistenza - almeno una fra le garanzie Rimborso Spese Mediche per Ricovero G.I.P e G.P. / Rimborso Spese Mediche per Ricovero Full / Indennitaria per intervento chirurgico / Diaria da ricovero, ingessatura e immobilizzazione?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
6. Il contratto prevede per alcune coperture franchigie/scoperti, periodi di carenza ed esclusioni che possono dare luogo ad un ridotto/ mancato pagamento della prestazione in caso di sinistro. Ritieni che tali limitazioni di copertura siano in linea con le tue esigenze assicurative?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere
7. La durata del contratto offerto è in linea con le tue aspettative, considerato che il suo rinnovo è in funzione dei limiti contrattuali massimi di età raggiunta dall'assicurato?	☐ SÌ ☐ NO ☐ Rifiuto di rispondere

INTERMEDIARIO DISTRIBUTORE:

CODICE:

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA COERENZA ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE ESPRESSE DAL CONTRAENTE

(ai sensi dell'Art.58 del regolamento 40/2018, così come modificato dal Provvedimento 97/2020, comma 4-bis, lettera a - rivolta ai futuri Contraenti)

NOMINATIVO CLIENTE: _____

Prodotto: **Global Sistema Salute** - ed. 1/GSSP (Contratto di Assicurazione Danni)

Quesiti sulle coperture:

1. Sei interessato ad una copertura che garantisca il rimborso delle spese mediche per ricovero per grandi interventi chirurgici e gravi patologie?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA 1 2. Sei interessato ad una copertura che garantisca il rimborso delle spese mediche per ricovero che oltre i grandi interventi chirurgici e gravi patologie, copra anche i ricoveri per malattia, infortunio, parto e aborto spontaneo o terapeutico?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ AD ALMENO UNA DELLE DOMANDE 1 E 2 3. Sei interessato ad una copertura di rimborso spese mediche extra ricovero per prestazioni di Alta Diagnostica fino a € 2.000?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA 3 4. Sei interessato ad una copertura di rimborso spese mediche extra ricovero per Visite specialistiche fino a € 1.000?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ ALLE DOMANDE 3 E 4 5. Sei interessato ad una copertura di rimborso spese mediche extra ricovero che comprenda: Alta Diagnostica fino a € 5.000 Visite Specialistiche fino a € 1.500 - Una visita di prevenzione ogni anno?	☐ SÌ ☐ NO
6. Sei interessato a una copertura di diaria che riconosca un'indennità per ogni giorno : - di ricovero (e fino a 360 gg) per malattia / infortunio; - di gessatura (fino a 30 gg) o di immobilizzo (fino a 30 gg) per frattura del bacino, femore, colonna vertebrale in seguito ad infortunio?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA 6 7. Sei interessato a una copertura di diaria che riconosca un'indennità per ogni giorno di convalescenza prescritta alle dimissioni ospedaliere in seguito a malattia o infortunio?	☐ SÌ ☐ NO
8. Sei interessato a una copertura che riconosca un'indennità in caso di intervento chirurgico per malattia o infortunio?	☐ SÌ ☐ NO
SOLO SE HA RISPOSTO SÌ AD ALMENO UNA DELLE DOMANDE 1 E 2 9. Sei interessato ad una copertura che ti garantisca una capitale in caso di malattia che abbia come conseguenza <u>un'Invalidità Permanente da malattia</u> superiore al 25%?	☐ SÌ ☐ NO
Luogo e data: _____ Il Contraente /Legale Rappresentante_____	