

## QUESTIONARIO FINANZIARIO “COPERTURA PERSONALE”

Il presente questionario deve essere compilato a cura dell'assicurando.

È necessario rispondere a tutte le domande inerenti la copertura desiderata e fornire tutta la documentazione e le informazioni richieste

In caso contrario non si potrà dar corso alla pratica.

In presenza di  NO  SI si prega di mettere una ✕ nella risposta che interessa.

Tutte le informazione verranno trattate in modo strettamente confidenziale e riservato.

### PARTE I - Da compilarsi in tutti i casi

#### 1. Generalità e composizione nucleo familiare

Cognome, nome e data di nascita: .....

Composizione del nucleo familiare: .....

Numero ed età dei familiari a carico: .....

#### 2. Situazione personale

– Voli su aerei privati o elicotteri? .....  NO  SI

Se sì, indichi il tipo di velivolo, l'area geografica e la frequenza .....

– Ha effettuato viaggi all'estero negli ultimi sei mesi? .....  NO  SI

Se sì, dove? .....

– Intende viaggiare o vivere al di fuori dei paesi UE, USA, Canada, AELE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera), Australia, Giappone, Hong Kong, Nuova Zelanda e Singapore? .....  NO  SI

Se sì, dove? .....

– È o è mai stato in causa per una procedura amministrativa o giudiziaria: .....  NO  SI

Se sì, quando, per quale motivo e con quale risultato? .....

– Ha in atto o ha avuto procedimenti fallimentari: .....  NO  SI

Se sì, quali e quando? .....

– Ha in corso o ha mai avuto procedimenti di accertamento da parte del fisco? .....  NO  SI

Se sì, con quali risultati? .....

– Si avvale di misure di protezione personale (porto d'armi, guardia del corpo, ...)? .....  NO  SI

Se sì, quali? .....

Per quale motivo? .....

#### 3. Informazioni sulla attuale proposta di assicurazione

Contraente:

– Cognome e nome: .....

– Relazione tra il contraente e l'assicurando se diversi: .....

Beneficiario dell'assicurazione:

– Cognome e nome: .....

– Relazione tra il beneficiario e l'assicurando: .....

#### 4. Scopo dell'assicurazione

- Protezione familiare .....
- Protezione per la vecchiaia .....
- Copertura delle imposte di successione .....
- Copertura prestito .....
- Altro (precisare) .....

#### 5. Come è stata calcolata la somma assicurata?

.....

.....

.....

#### 6. Quale è l'ammontare del premio previsto per questa polizza?

- Premio annuo .....
- Premio unico .....

#### 7. Assicurazioni già esistenti

Ha in vigore altre polizze di assicurazione? .....  NO  SI

- Se sì, indichi alle seguenti voci le varie assicurazioni MORTE, INFORTUNIO, INVALIDITÀ, MALATTIE GRAVI (DD), NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) attualmente in vigore con la nostra o con altre Società (intese come coperture principali o a se stanti o come complementari):

	Copertura 1	Copertura 2	Copertura 3
<b>Compagnia assicuratrice</b>			
<b>Tipo di copertura</b>			
<b>Contraente</b>			
<b>Beneficiari</b>			
<b>Capitale assicurato</b>			
<b>Rendita assicurata</b>			
<b>Premio annuo</b>			
<b>Data di inizio della copertura</b>			
<b>Data di scadenza</b>			
<b>Condizioni di accettazione (*)</b>			
<b>Motivo dell'assicurazione</b>	<b>Copertura 1</b>	<b>Copertura 2</b>	<b>Copertura 3</b>
<b>Copertura personale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Copertura societaria</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) Normale - Tarato - Con soprappremio professionale/residenziale - Con limitazione della somma - Con riduzione di durata - Con esclusioni/quali - Posticipato

#### 8. Ha mai sottoscritto una proposta di assicurazione sulla vita, infortuni, invalidità, a copertura di malattie gravi (Dread Disease) o assistenza di lungo periodo (Long Term Care) che sia stata rifiutata, rinviata o che non sia stata accettata a condizioni normali? ..... NO SI

- Se sì per favore dia dettagli .....
- .....
- .....
- .....

#### 9. Assicurazioni in corso di perfezionamento

Ha in corso di perfezionamento altre polizze di assicurazione sulla sua persona? .....  NO  SI

- Se sì, indichi alle seguenti voci le varie proposte di assicurazione MORTE, INFORTUNIO, INVALIDITÀ, MALATTIE GRAVI (DD), NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) attualmente in corso di perfezionamento con la nostra o con altre Società (intese come coperture principali o a se stanti o come complementari):

	Copertura 1	Copertura 2	Copertura 3
Compagnia assicuratrice			
Tipo di copertura			
Contraente			
Beneficiari			
Capitale assicurato			
Rendita assicurata			
Premio annuo			
Durata della copertura			
Condizioni di accettazione (*)			
Motivo dell'assicurazione	Copertura 1	Copertura 2	Copertura 3
Copertura personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copertura societaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) Normale - Tarato - Con soprappremio professionale/residenziale - Con limitazione della somma - Con riduzione di durata - Con esclusioni/quali - Posticipato

## 10. Situazione professionale

- Specifichi se è titolare o socio o dipendente .....
- la data di assunzione o inizio attività .....
- la denominazione professionale e il grado di responsabilità .....

## 11. Particolari sui redditi degli ultimi 3 anni

	Anno:	Anno:	Anno:
Reddito annuo da lavoro			
Altri redditi			
Fonte degli altri redditi			
Reddito totale annuo lordo			

- Si prega di allegare copia delle dichiarazioni dei redditi degli ultimi 3 anni.
- Nel caso di titolare o socio di impresa, si prega di allegare anche copia dello stato patrimoniale e del conto profitti e perdite degli ultimi 3 anni con relativa Nota Integrativa. Se si tratta di un'azienda di nuova costituzione, o in via di costituzione, allegare il bilancio previsionale dell'anno di sottoscrizione e dei due anni successivi.

## 12. Situazione patrimoniale

Valore dei beni mobiliari di proprietà, suddivisi per tipo (azioni, obbligazioni, fondi ...)	
Valore dei beni immobiliari di proprietà, suddivisi per tipo (case, terreni, ...), indicando se, e per che ammontare, sono gravati da ipoteche	
Ammontare dei debiti, suddivisi per tipo, indicando se gravano ipoteche, e per che ammontare, a fronte di questi debiti	

– Allegare (ove esista) il Bilancio patrimoniale.

### PARTE II - da completarsi additionally per la COPERTURA IMPOSTE DI SUCCESSIONE

Le garanzie caso morte per infortunio (doppio/triplo), incapacità ed invalidità non sono giustificate dalla natura del contratto.

## 13. Ammontare stimato delle imposte di successione: .....

– La Compagnia si riserva di chiedere documento giustificativo del patrimonio e del calcolo della tassa di successione redatto da un commercialista o un notaio.

### PARTE III - da completarsi additionally per la COPERTURA PRESTITO

Le garanzie caso morte per infortunio (doppio/triplo) non sono giustificate dalla natura del contratto.

## 14. Scopo del prestito: .....

## 15. Tipo di prestito:

- prestito bancario con rimborsi periodici:       mensili       trimestrali       semestrali       annuali
- versamento unico alla data di scadenza
- leasing
- altro, si prega di specificare .....

16. Ammontare del prestito: .....

17. Data di inizio del prestito: .....

18. Durata: .....

19. Tasso di interesse del prestito .....

20. Intestatario del prestito .....

21. Ripartizione percentuale del prestito in caso di compartecipazione di più persone:

1<sup>a</sup> testa ..... %    2<sup>a</sup> testa ..... %    3<sup>a</sup> testa ..... %    4<sup>a</sup> testa ..... %

22. In caso di leasing indicare quanti pagamenti annuali sono previsti ai fini del calcolo della somma assicurata: .....

23. Ente o persona che eroga il prestito: .....

24. Se lo scopo del prestito è l'acquisto di un'azienda:

Ha precedentemente effettuato la vendita di un'azienda? .....  NO  SI

– Se sì, data e prezzo della vendita .....

– Quale è il prezzo di acquisto della nuova azienda? .....

25. Ha altri prestiti in corso? .....  NO  SI

– Se sì, indichi l'ammontare globale e la rata annuale di rimborso .....

26. Il prestito è coperto da altre garanzie oltre che dall'assicurazione richiesta? .....  NO  SI

– Se sì, precisare : ipoteche, pegni, cauzioni, coperture presso altre società assicuratrici, altro .....

27. Se l'assicurazione viene richiesta per una somma più elevata e/o per una durata maggiore del prestito, fornire i dettagli e le motivazioni:

– Si prega di allegare copia del contratto di prestito comprendente il contratto di rimborso o di leasing o, in sua mancanza, copia dell'offerta di prestito da parte dell'istituto di credito.

Dichiaro, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza o informazione significativa in relazione alle domande e alle dichiarazioni riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.

**Sono conscio che il presente Questionario Finanziario costituisce parte integrante della proposta di assicurazione e che la Compagnia Assicuratrice, in caso di indicazioni non veritiere, incomplete o alterate, ha diritto:**

– **quando non esiste dolo o colpa grave, di recedere dal contratto o di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio;**

– **quando esiste dolo o colpa grave, di contestare la validità del contratto o di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, il pagamento della prestazione in caso di morte.**

Acconsento a che la Compagnia Assicuratrice fornisca le suddette informazioni ad altre persone o Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del contraente \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurando \_\_\_\_\_

