

QUESTIONARIO FINANZIARIO “COPERTURA SOCIETARIA”

Il presente questionario deve essere compilato a cura dell'assicurato e del dirigente competente della società contraente.

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 informazioni verranno trattate in modo strettamente confidenziale e riservato

PARTE I - Da compilarsi in tutti i casi

1. Generalità dell'assicurato

Cognome, nome e data di nascita:

2. Situazione personale dell'assicurato

– 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?

– Beneficia 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 o ragione sociale:

– Relazione tra il contraente e l'assicurato:

Beneficiario dell'assicurazione:

– Cognome e nome o ragione sociale:

– Relazione tra il contraente e l'assicurato:

4. Scopo dell'assicurazione

- Copertura persona chiave
- Copertura prestito
- Copertura protezione associati (Buy & Sell)
- Altro (precisare)

5. Assicurazioni già esistenti sull'assicurando

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
Compagnia assicuratrice			
Tipo di copertura			
Contraente			
Beneficiari			
Capitale assicurato			
Rendita assicurata			
Premio annuo			
Data di inizio della copertura			
Data di scadenza			
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 sovrappremio professionale/residenziale - Con limitazione della somma - Con riduzione di durata - Con esclusioni/quali - Posticipato

6. 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.....
.....

7. Assicurazioni in corso di perfezionamento sull'assicurando

Ha in corso di perfezionamento altre polizze di assicurazione? 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			
Data di scadenza			
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 sovrappremio professionale/residenziale - Con limitazione della somma - Con riduzione di durata - Con esclusioni/quali - Posticipato

8. Informazioni sulla società

Denominazione della società

Data di fondazione

Indirizzo della società

Tipo di attività

Numero di dipendenti di cui con funzioni manageriali:.....

N. azioni Valore unitario corrente di borsa dell'azione

Nome e cognome del dirigente che compila questo questionario

9. Esistono altre assicurazioni di cui la società è contraente con assicurati suoi titolari o dipendenti? NO SI

Se sì, indicare:

- Il/i nome/i della/e persona/e assicurata/e.....
- La funzione svolta nella società
- Il/i capitale/i assicurato/i
- Il motivo dell'assicurazione/i.....
- La/e Compagnia/e di assicurazione

10. La società ha in corso di perfezionamento altre polizze presso la nostra a o altre Compagnie di assicurazione con assicurandi suoi titolari o dipendenti? NO SI

Se sì, indicare:

- Il/i nome/i della/e persona/e assicurare
- La funzione svolta nella società
- Il/i capitale/i da assicurare
- Il motivo dell'assicurazione/i.....
- La/e Compagnia/e di assicurazione

11. Situazione professionale dell'assicurando

Specificare:

- se è titolare o socio o dipendente:
- data di assunzione nella società:
- se è stato assunto a tempo determinato NO SI

In caso affermativo si prega di indicare la data di scadenza del contratto

- denominazione professionale e grado di responsabilità:
- Se è azionista/contitolare, a quanto ammonta la sua quota percentuale del capitale sociale?

12. Particolari sui redditi dell'assicurando 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.

– Si prega di allegare 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.

– Si prega di allegare pure gli atti da cui risulti il ruolo rivestito nella Società da parte dell'assicurando

PARTE II - da completarsi addizionalmente per la COPERTURA PERSONA CHIAVE (copertura non legata ad un prestito)

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

13. Quali sono le particolari capacità dell'assicurato che, in caso di morte, provocherebbero all'azienda un danno equivalente alla somma assicurata?

.....
.....

14. Se si tratta di un contratto a favore di una o più aziende, precisare:

– il nome di ogni azienda interessata e la copertura assicurativa di cui essa è beneficiaria:

.....
.....

15. I criteri adottati per determinare la somma assicurata. Il capitale assicurato richiesto è determinato sulla base:

– del risultato di bilancio dopo le imposte: NO SI

– dei costi per la sostituzione della persona chiave: NO SI

Se sì, produrre valutazione documentata di questo costo e suo calcolo (oppure quantificazione della possibile perdita per la mancanza della persona chiave)

.....
.....

– Di un altro criterio: NO SI

Se sì, quale?

.....

16. Il Consiglio di Amministrazione (o una struttura equivalente) ha approvato ufficialmente la sottoscrizione di tale assicurazione? NO SI

PARTE III - da completarsi addizionalmente per la COPERTURA PRESTITO

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

17. Scopo del prestito:

18. Tipo di prestito:

prestito bancario con rimborsi periodici: mensili trimestrali semestrali annuali

versamento unico alla data di scadenza

leasing

altro, si prega di specificare

19. Ammontare del prestito:

20. Data di inizio del prestito:

21. Durata:

22. Tasso di interesse del prestito

23. Intestatario del prestito

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

1ª testa % 2ª testa % 3ª testa % 4ª testa %

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

26. Ente o persona che eroga il prestito:

27. 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?

28. Ha altri prestiti in corso? NO SI

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

29. 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

30. 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.

PARTE IV - da completarsi addizionalmente per la COPERTURA PROTEZIONE ASSOCIATI (Buy & Sell)

Lo scopo di questa copertura è di tutelare uno o più associati nel riacquisto delle azioni o quote detenute dall'assicurato se quest'ultimo decede.

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

N.B.: Per questa copertura deve esistere tra i soci una clausola di prelazione o di accordo, o altra convenzione simile, in caso di morte dell'assicurato, per l'acquisizione delle sue quote. Analoga assicurazione deve esistere per il caso di morte di tutti gli altri soci.

Cognome, nome, età, funzione ed attività degli associati:

31. Numero o percentuale delle azioni o quote detenute da ogni associato:

Valore stimato corrispondente:

32. L'Azienda ha sottoscritto, o intende sottoscrivere, coperture "Associati" per tutti gli azionisti e soci NO SI

Se sì, indicare per ogni assicurato associato tutte le precisazioni (compagnia assicuratrice, beneficiari, capitale assicurato, durata, ...)

– Si prega di allegare copia del contratto tra i soci per l'acquisizione delle quote in caso di decesso del socio assicurato

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

Firma del dirigente

Firma dell'assicurando



Timbro della società contraente

