

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
Mod I45 – CGA I902 “Assicurazione Infortuni Cumulativa”

MODULO ADEGUATEZZA EX ARTT. 52 e 56 REGOLAMENTO ISVAP 5/2006

Il presente modulo ha lo scopo di documentare il processo di raccolta di alcune informazioni utili a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze di copertura assicurativa.

Aderente/Assicurato (Cognome e Nome) _____

Codice fiscale _____

Domicilio (via, n. civico) _____

Comune _____

C.A.P. / Provincia _____ / _____

La Sua esigenza assicurativa è relativa alla tutela contro gli infortuni ed è soddisfatta dalle garanzie sotto indicate?

Invalidità Permanente da infortunio

Morte

Indennità giornaliera per perdita temporanea o definitiva dell'idoneità a seguito di malattia o infortunio.

SI

NO

Ha altre esigenze assicurative in relazione a uno o più rischi sopra indicati?

SI

NO

Se SI, quali?

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
Mod I45 – CGA I902 “Assicurazione Infortuni Cumulativa”

L’Aderente/Assicurato prende atto che

- le dichiarazioni sopra riportate non determinano i contenuti delle garanzie, che restano regolati dal contratto;
- l’efficacia del contratto potrebbe dipendere da ulteriori specifiche dichiarazioni da rendere ai sensi di legge.

L’Aderente/Assicurato dichiara inoltre di aver ricevuto copia del presente modulo.

Data e luogo _____ Firma dell’Aderente/Assicurato _____

Il contratto prevede clausole che indicano decadenze, esclusioni o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell’Aderente/Assicurato che possono essere riportati con caratteri di particolare evidenza.

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
Mod I45 – CGA I902 “Assicurazione Infortuni Cumulativa”

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE
(da firmare solo in caso di rifiuto)

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nel presente *modulo adeguatezza* nella consapevolezza che ciò pregiudica la possibilità di individuare un contratto adeguato alle mie esigenze assicurative.

Data e luogo _____ Firma dell’Aderente/Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA
(da firmare solo in caso di contratto inadeguato)

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato l’Aderente/Assicurato dei principali motivi, sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni fornite da quest’ultimo, la proposta/contratto assicurativo non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle esigenze assicurative dell’Aderente/Assicurato.

Il sottoscritto aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

(indicare i motivi) _____

Data e luogo _____ Firma dell’Aderente/Assicurato _____

Firma dell’intermediario _____

TIMBRO CON GLI ESTREMI DELL’AGENZIA
(da indicare sempre)

Eventuale posizione di riferimento agenziale (es. numero polizza) _____