

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto coerente alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alla Polizza Collettiva.**

**Aderente**

Cognome nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_

Provincia di residenza: \_\_\_\_\_

### 1) Esigenze assicurative

**Quali sono le Sue esigenze assicurative?**

- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi
- protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali
- protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina
- protezione dei beni relativi ad attivit  commerciali, artigianali, industriali, agricole
- fideiussione in forma di polizza
- protezione all risk
- protezione della persona per il rischio infortunio
- protezione della persona per il rischio malattia
- protezione degli animali per il rischio infortuni e/o malattia
- patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio

### 2) Obblighi di legge

**Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, ha necessit  di ottemperare a obblighi di legge?**

- s 
- no

### 3) Attuali coperture

**Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze danni?**

- no
- s , per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi
- s , per la protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali
- s , per la protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina
- s , per la protezione dei beni relativi ad attivit  commerciali, artigianali, industriali, agricole
- s , polizza fideiussoria
- s , polizza all risk
- s , per la protezione della persona per il rischio infortunio
- s , per la protezione della persona per il rischio malattia
- s , per il patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio

### 4) Tutela di altri soggetti

**Esistono persone che Lei intende indicare quali beneficiari in polizza?**

- s 
- no

Mod. INF Fam-Ed. 28/04/2021

- 5) Tipo di prestazione** **Quale tipo di prestazione preferisce percepire nel caso si verifichi l'evento assicurato?**
- con scopertura o franchigia
  - totale
- 6) Durata** **Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?**
- fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
  - fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
  - più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
  - più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- 7) Professione** **Quale è attualmente il suo stato occupazionale?**
- occupato con contratto a tempo indeterminato
  - occupato con contratto a tempo determinato
  - autonomo/libero professionista
  - pensionato
  - benestante
  - non occupato
- 8) Situazione finanziaria** **Quale è la Sua capacità di risparmio medio annuo?**
- fino a 5.000 euro
  - da 5.000 a 15.000
  - oltre 15.000

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

**Luogo e data**

**L'aderente**

---

---

Mod. INF Fam-Ed. 28/04/2021

**Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.**

Sede Legale: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111  
Fax +39 045 8 391 112 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 iv. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962  
P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA  
Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

[www.cattolica.it](http://www.cattolica.it)

