**QUESTIONARIO INFORMATIVO IDD**

**PRIVATI**

**NUCLEO FAMILIARE - COMPONENTI**

1. Cognome e nome

Data di nascita       codice fiscale

Residenza

Attività professionale       SI [ ]  NO [ ]

Se sì

Settore: Privato [ ]  Pubblico [ ]

Imprenditore [ ]  Professionista Autonomo [ ]  Dipendente [ ]

Attività sportivo/agonistica SI [ ]  NO [ ]

se sì quale

Sports pericolosi SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Possiede animali domestici SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

1. Cognome e nome

Data di nascita       codice fiscale

Residenza

Attività professionale       SI [ ]  NO [ ]

Se sì

Settore: Privato [ ]  Pubblico [ ]

Imprenditore [ ]  Professionista Autonomo [ ]  Dipendente [ ]

Attività sportivo/agonistica SI [ ]  NO [ ]

se sì quale

Sports pericolosi SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Possiede animali domestici SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

1. Cognome e nome

Data di nascita       codice fiscale

Residenza

Attività professionale       SI [ ]  NO [ ]

Se sì

Settore: Privato [ ]  Pubblico [ ]

Imprenditore [ ]  Professionista Autonomo [ ]  Dipendente [ ]

Attività sportivo/agonistica SI [ ]  NO [ ]

se sì quale

Sports pericolosi SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Possiede animali domestici SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

1. Cognome e nome

Data di nascita       codice fiscale

Residenza

Attività professionale       SI [ ]  NO [ ]

Se sì

Settore: Privato [ ]  Pubblico [ ]

Imprenditore [ ]  Professionista Autonomo [ ]  Dipendente [ ]

Attività sportivo/agonistica SI [ ]  NO [ ]

se sì quale

Sports pericolosi SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Possiede animali domestici SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

**PATRIMONIO**

Possiede beni immobili SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Casa [ ]

Negozio [ ]

Altro [ ]  (specificare      ) es. box, cantina, magazzino, etc.

Possiede beni mobili SI [ ]  NO [ ]

se sì quali

Auto [ ]

Motociclo [ ]

Altro [ ]  (specificare      ) es. Oggetti d’arte, collezioni, preziosi, valori e simili

**EVENTUALI CONTRATTI ASSICURATIVI ESISTENTI**

Ha già in corso polizze con altri assicuratori? SI [ ]  NO [ ]  se sì quali

**OBIETTIVI**

* Da quale tipologia di evento intende tutelarsi?

[ ]  Malattia (rimborso Spese Mediche, Invalidità Permanente da Malattia)

[ ]  Infortunio (Invalidità Permanente da Infortunio, Morte da Infortunio)

[ ]  Danni Patrimoniali (casa e famiglia)

[ ]  Responsabilità per danni arrecati a Terzi vita privata

[ ]  Responsabilità per danni arrecati a Terzi ambito professionale

* Quali finalità si pone per la stipula dei contratti precedentemente indicati?

[ ]  Tutela della persona

[ ]  Tutela del patrimonio (abitazione e famiglia)

[ ]  Tutela del patrimonio (per i danni arrecati a terzi nell’ambito della vita privata/professionale)

* Ritiene più rilevante nella stipula di un contratto?

[ ]  Prezzo

[ ]  Franchigia

[ ]  Massimale

[ ]  Completezza delle garanzie

[ ]  Altro (specificare)

Data       Luogo       Firma

**Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste**

[ ]  Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell’adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Data       Luogo       Firma