



## L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni  
tel. 06 44292537/06 44292547 (orari 9.00/13.00-14.00/18.00)  
sito [www.prassibroker.it](http://www.prassibroker.it) email [rcpscudomedico@prassibroker.it](mailto:rcpscudomedico@prassibroker.it)



Questionario di valutazione dell'adeguatezza

# VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DELL'ASSICURATO

## DATI PERSONALI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta: Pediatra di Libera Scelta, convenzionato con il SSN

Riferimento alla polizza assicurativa umero 80/155830963 intestata a ScudoMedico

Gentile cliente,

il seguente questionario ha lo scopo di raccogliere gli elementi utili affinché il contratto predisposto risulti quanto più possibile conforme alle Sue esigenze e ai Suoi obiettivi. Un eventuale rifiuto da parte Sua di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, pregiudica pertanto lo scopo illustrato e richiede una Sua specifica dichiarazione. Qualora dovesse formularci un proposta assicurativa non adeguata in relazione alle informazioni scambiate, l'Intermediario avrà il dovere di informarla con apposita dichiarazione. Nel caso in cui Lei intendesse, comunque, acquistare il contratto, dovrà confermare espressamente per iscritto la Sua volontà.

**Prima di rispondere alle domande del presente questionario La invitiamo a leggere con attenzione la seguente informativa, che contiene alcune informazioni utili sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti ai sensi della normativa sulla privacy.**

Il titolare del trattamento, Prassi Broker srl ([www.prassibroker.it](http://www.prassibroker.it)) La informa che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche e dell'art. 13 GDPR 679/2016 - (Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo proposto in relazione alle Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. Detti dati saranno trattati dai propri incaricati solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la predetta valutazione. Il conferimento è facoltativo, ma l'assenza dei dati pregiudica la possibilità di valutare le Sue esigenze assicurative. I dati non saranno diffusi, potranno essere comunicati a Compagnie di Riassicurazione, anche estere, per consentire a Prassi Broker srl di intermediare coperture riassicurative e ad altre compagnie assicuratrici per la cessione di quote di riassicurazione.

Lei ha diritto di conoscere quali sono i Suoi dati presso il Titolare e come vengono utilizzati, di farli aggiornare, integrare e rettificare, di ottenere il blocco e la cancellazione nel caso i dati siano stati trattati in violazione di legge, o di opporsi al trattamento per motivi legittimi (art. 7-10 del Codice). Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi al Responsabile per il riscontro con gli interessati presso Prassi Broker srl - Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni - email [info@prassibroker.it](mailto:info@prassibroker.it)

## A1 - INFORMAZIONI PRELIMINARI

Sono state acquisite e fornite informazioni su:

Ambito della copertura assicurativa:  Privato  Lavorativo  Non sa / Non risponde

Obbligatorietà della copertura assicurativa:  SI  No  Non sa / Non risponde

Esistenza di altre coperture assicurative:  SI  No  Non sa / Non risponde

Se esistono altre coperture assicurative indicarle di seguito: \_\_\_\_\_

## A2 - INFORMAZIONI RELATIVE AL CLIENTE E ALLE SUE ASPETTATIVE (OBIETTIVI ASSICURATIVI E SOGGETTI DA TUTELARE)

E' consapevole che la suddetta polizza prevede una indennità giornaliera per i primi trenta giorni di malattia di infortunio professionale extraprofessionale ai sensi dell' Art. 36 comma 13 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta?

SI  No  Non sa / Non risponde

Protezione della persona in caso di:  Infortunio  Malattia  Entrambi

### Infortuni

- Nello svolgimento dell'attività lavorativa
- Nel tempo libero/attività domestiche
- Accaduti in ogni ambito della vita privata e non

### Malattia

- Rimborso spese di cura
- Indennità per la tutela del proprio reddito (diarie e capitale per l'invalidità permanente)
- Possibilità di fruire di servizi di assistenza relativi alla salute (infortunio/malattie)

## B1 - ARGOMENTI TRATTATI SU CARATTERISTICHE E EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO OFFERTO

Sono state **illustrate** tutte le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?  SI  NO

Sono state **precisate** la durata prevista, l'eventualità di rinnovo tacito o senza tacita proroga, nonché facoltà e modalità di recesso?  SI  NO

Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e in particolare:

Rivalse/Franchigie/Soperti  SI  NO Delimitazioni dell'oggetto della garanzia  SI  NO

Periodi di carenza  SI  NO Decadenze  SI  NO

Esclusioni  SI  NO Riduzione degli importi assicurati

Massimali/capitali/somme assicurate  SI  NO in particolari casi (sottolimiti)  SI  NO

Validità temporale della garanzia  SI  NO Criteri di indennizzabilità / risarcimento  SI  NO

## C1 - DICHIARAZIONE SULLA FINALITÀ DELLE INFORMAZIONI FORNITE

Il cliente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli. L'intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate col Cliente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Luogo e data

Firma dell'intermediario

Firma del cliente



## C2 - DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il cliente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò può pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'intermediario, alla sue esigenze assicurative. L'intermediario prende atto che il cliente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Luogo e data

Firma dell'intermediario

Firma del cliente



## C3 - DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO

Il cliente dichiara di essere stato ragguagliato dall'intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta. Motivi dell'inadeguatezza:

---

---

---

Il cliente dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Luogo e data

Firma dell'intermediario

Firma del cliente

