

QUESTIONARIO PER LA COERENZA DEL CONTRATTO RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE

Numero di Proposta

GTC-60210714

Nome e cognome del Cliente:

Data di nascita del Cliente:

Nome Intermediario:

SITUAZIONE PERSONALE E FAMILIARE

1. Qual è il Suo titolo di studio?

- Nessun titolo di studio Diploma di scuola superiore Laurea o specializzazione post-universitaria in campo giuridico, economico o finanziario
- Licenza scuola primaria/media Laurea
- Altro (specificare)

2. Qual è la Sua attuale occupazione?

- Lavoratore subordinato (a tempo indeterminato) Lavoratore subordinato (a tempo determinato) Contratto temporaneo Autonomo/libero professionista Pensionato Non occupato
- Altro (specificare)

3. Quanti componenti ha il Suo nucleo familiare (oltre a Lei)?

- 0 1 2 3 4 o più
- Di cui a carico (indicare)

SITUAZIONE ASSICURATIVA ATTUALE

4. Attualmente detiene altri prodotti assicurativi vita?

- sì no

Se sì, quali esigenze intendono soddisfare?

- Risparmio e conservazione del patrimonio Investimento Protezione assicurativa della persona (morte, invalidità, malattie gravi) Previdenza/pensione complementare
- Altro (specificare)

SITUAZIONE FINANZIARIA

5. A quanto ammonta attualmente il suo reddito netto annuo?

EUR _____

6. Qual è attualmente la sua capacità di risparmio media annua?

EUR _____ Percentuale rispetto al reddito netto annuo _____ %

7. Qual potrebbe essere, in prospettiva, l'andamento della sua condizione economica?

- in crescita stazionaria in diminuzione

ASPETTATIVE IN RELAZIONE ALLA SOTTOSCRIZIONE DI UN CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. Quali sono le Sue attuali aspettative e/o obiettivi in relazione alla sottoscrizione di un contratto di assicurazione?

- Proteggere la mia abitazione e i miei beni personali/familiari di valore Prevedere un capitale assicurato ai miei eredi o, comunque, a persone a me care che intendo proteggere Investimento Investimento unitamente a una protezione del capitale
- Proteggermi contro il rischio di decesso, infortunio e/o malattia

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

- 9.1. È titolare di pensione di invalidità e/o inabilità? SÌ NO
- 9.2. Soffre di problemi di salute, di malattie, di malformazioni congenite o di problemi in conseguenza di infortuni? SÌ NO
- 9.3. Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni? SÌ NO
- 9.4. È attualmente in attesa di ricovero? SÌ NO

QUESTIONARIO PER LA COERENZA DEL CONTRATTO RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE

ASPETTATIVE IN MERITO ALLA DURATA DEL CONTRATTO

10. Il cliente ha bisogno di coperture assicurative che coprano rischi per un periodo di tempo

- molto limitato (meno di un anno)
- limitato (un anno)
- lungo (pluriennale)

DICHIARAZIONE DI COERENZA CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE

11. Il sottoscritto Intermediario dichiara che, in base alle informazioni acquisite dal Cliente e alla valutazione delle sue richieste ed esigenze, in maniera chiara e comprensibile:

- ha fornito al Cliente informazioni oggettive sul contratto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi, i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;
- il contratto offerto risulta coerente con le richieste ed esigenze del Cliente.

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Luogo e data