

QUESTIONARIO “SHORT TERM DISABILITY”

PROPONENTE	NOME E COGNOME				
	INDIRIZZO				
PERSONA DA ASSICURARE (SE DIVERSA DA QUELLA SOPRA INDICATA)					
NOME:					
OCCUPAZIONE:					
DATA DI NASCITA:		ALTEZZA:		PESO:	
NOME, COGNOME E INDIRIZZO DEL MEDICO					
DETTAGLI PERSONALI					
RISPONDI “SI” O “NO” METTENDO UN CIRCOLO INTORNO ALLA RISPOSTA. SE RISPONDI “SI” ALLEGA I DETTAGLI ALLA SEZIONE “ALTRE INFORMAZIONI” DI QUESTA PROPOSTA.					
1. HAI RICHiesto UN CONSULTO MEDICO NEGLI ULTIMI 2 ANNI ECCETTO CHE PER MALATTIE MINORI (PER ESEMPIO, RAFFREDDORI O INFLUENZE)? SE SI, DA CHI?				SI	NO
2. ATTUALMENTE STAI SOFFRENDO DI INABILITA' O MALATTIA O STAI PRENDENDO MEDICINALI O STAI FACENDO QUALCHE CURA? FORNISCI I PARTICOLARI				SI	NO
3. HAI MAI SOFFERTO O ATTUALMENTE SOFFRI DI:					
	a) febbre reumatica, problemi di circolazione, dolori al petto, problemi o malattie al cuore, infarto, ictus, o alta pressione sanguigna?			SI	NO
	b) problemi di artrite, reumatismi, tiroide, disturbi alla gotta o al fegato?			SI	NO
	c) asma, bronchiti, pleurite, tubercolosi, o qualsiasi malattia dei polmoni?			SI	NO
	d) difficoltà ghiandolare, cisti, gonfiamento, tumori o qualsiasi forma di cancro?			SI	NO
	e) indigestione, ulcera gastrica o duodenale, colite, disturbi all'intestino e all'apparato digestivo?			SI	NO
	f) diabete o qualsiasi problema dei reni, della prostata, della vescica o del sistema urinario?			SI	NO
	g) ansia, depressione, esaurimento nervoso o qualsiasi problema psicologico, qualsiasi malattia simile o stato mentale?			SI	NO
	h) problemi di schiena, qualsiasi malattia dei muscoli, ossa o articolazioni, sclerosi multipla, epilessia o qualsiasi problema del sistema nervoso compreso intorpidimento o doppia visione?			SI	NO

	i) qualunque altra malattia, infortunio o incidente (compresi problemi ad occhi, orecchie, o schiena) che richieda un'indagine da parte di un medico o di un ospedale, o sei in attesa di andare dal medico o all'ospedale per queste analisi?	SI	NO
4.	Hai fatto le analisi per HIV/AIDS o epatite B o C e sono risultate positive o sei stato controllato per qualsiasi malattia sessualmente trasmissibile o sei in attesa dei risultati di tale analisi?	SI	NO
5.	C'è qualcuno nella tua famiglia che ha sofferto o è morto per infarto, ictus, alta pressione sanguigna, diabete, sclerosi multipla, malattie ai reni, tumore o cancro prima di compiere 65 anni, o sofferto di una malattia ereditaria?	SI	NO
6.	C'è la possibilità che tu venga assunto in aeronautica eccetto come passeggero a pagamento su una regolare linea aerea, o di viaggiare all'estero tranne che per vacanze/ferie o praticare uno sport rischioso (per esempio, alpinismo, speleologia, equitazione, immersione subacquea, gare automobilistiche)?	SI	NO
7.	E' MAI SUCCESSO CHE UN ASSICURATORE IN RELAZIONE AD UNA POLIZZA INFORTUNIO, MALATTIA, MEDICA O VITA ABBIA:		
	a) Rinviato o rifiutato una proposta o un rinnovo o interrotto la copertura di un'assicurazione?	SI	NO
	b) richiesto un aumento di premio o imposto condizioni speciali?	SI	NO
8.	Hai qualche altra assicurazione in vigore che fornisca la stessa copertura?	SI	NO

ALTRE INFORMAZIONI

Domanda Numero	Dettagli completi, date, etc.



RICEVUTA DI INFORMATIVA

(Ricevuta dell'Assicurato, relativa alla consegna della documentazione prevista dal Regolamento Isvap n.5 del 16/10/2006 e n.34 del 19/03/2010)

Spettabile
GOLINUCCI S.r.l.
Viale Bovio 194
47521 CESENA



Il sottoscritto _____ in ottemperanza del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 e n. 34 del 19/03/2010, accetta di ricevere e trasmettere su supporto durevole, scaricabile dal sito www.golinucci.it, (alla sezione **"Informativa"**) e/o tramite altri indirizzi internet o email a voi riconducibili:

- 1) copia della comunicazione informativa ("allegato 7A"), sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti
- 2) copia della dichiarazione ("allegato 7B") contenente i dati essenziali dell'intermediario e della attività;
- 3) informativa sulla privacy: ai sensi del D.L. 196/2003 autorizzo Golinucci S.r.l., al trattamento dei dati personali e all'invio di comunicazioni commerciali a distanza (secondo il regolamento ISVAP n.34)
- 4) lettera di incarico al broker GOLINUCCI S.r.l. che lo autorizza a gestire il contratto assicurativo della polizza sotto riportata
- 5) fascicolo informativo di cui si è presa visione

prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o contratto assicurativo
riguardante l'assicurazione



In ogni momento l'assicurato può richiedere di ricevere la documentazione di cui sopra in formato cartaceo.

DATA	FIRMA	INDIRIZZO E-MAIL



Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Gentile Cliente,

con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione offerto:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle sue esigenze

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente:

b) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare l'assicurazione

- migliorare/completare le coperture assicurative
- ottemperare ad un obbligo (contrattuale o di legge)

c) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? Si No

d) Le sono chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? Si No

Si prega di firmare una sola delle 3 dichiarazioni sottoriportate

1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

(se si è risposto alle domande precedenti e si considera il contratto adeguato alle proprie esigenze)

<input type="checkbox"/>	Il contratto proposto risulta adeguato alle esigenze assicurative del cliente.	
Luogo e data	Firma del Cliente	Firma dell'Intermediario

2. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(se non si intende rispondere alle domande precedenti)

<input type="checkbox"/>	IL CLIENTE NON RISPONDE ad una o più domande nella consapevolezza che tale rifiuto pregiudica la valutazione di adeguatezza del contratto alle Sue esigenze. Dichiaro altresì di voler stipulare comunque il contratto proposto.	
Luogo e data	Firma del Cliente	Firma dell'Intermediario

3. DICHIARAZIONE DI INADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

(se si è risposto alle domande precedenti ma non si considera il contratto adeguato alle proprie esigenze)

<input type="checkbox"/>	Il contratto proposto NON risulta adeguato alle esigenze assicurative del cliente per i motivi sotto indicati Il Cliente dichiara di voler stipulare comunque il contratto.	
	Motivo di non adeguatezza:	
Luogo e data	Firma del Cliente	Firma dell'Intermediario