

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO BASE CNPADC 2021**

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

**PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.**

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

- 1) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Base per i suoi familiari? SI  NO
- 
- 2) I suoi familiari NON hanno già altre coperture per rimborso spese mediche? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 3) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Base? SI  NO
- 
- 4) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI  NO
- 

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** (leggibile) \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE PIANO BASE CNPADC 2021

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

**A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:**

Gentile Iscritto,

avendo lei risposto SI a tutte le domande del questionario, il Piano sanitario Base risulta adeguato.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com)

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell'interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_

**B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:**

Gentile Iscritto,

ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com).

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell'interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_

**C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta ed ha risposto a tutte le domande:**

Gentile Iscritto,

in relazione alla risposta negativa da Lei fornita ad almeno una domanda, la proposta assicurativa potrebbe non risultare potenzialmente adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.

Apponendo comunque la firma nello spazio sottostante, lei dichiara di voler stipulare il contratto pur essendo consapevole che la copertura relativa al Piano Base potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.

In tal caso, proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com)

Qualora ritenesse necessario avere ulteriori chiarimenti, scriva una mail a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com) per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell'interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_