

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**  
**PIANO INTEGRATIVO CNPADC 2022**

(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 la coerenza del contratto che intende sottoscrivere 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 Integrativo CNPADC? SI  NO   
NON ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 2) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo CNPADC per i Suoi familiari? SI  NO   
I suoi familiari NON hanno già altre coperture per rimborso spese mediche ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali ? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 3) E' al corrente che per estendere la copertura integrativa ai suoi familiari, gli stessi devono essere inclusi nella base? SI  NO
- 
- 4) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Integrativo? SI  NO
- 
- 5) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI  NO
- 
- 6) Il premio per l'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI  NO

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

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

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO INTEGRATIVO CNPADC 2022**

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

Gentile Iscritto,

Verificata la coerenza del prodotto in relazione alle Sue richieste, sinteticamente rappresentate nelle domande che precedono, la Polizza Sanitaria risulta adeguata.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel "Modulo di Adesione" e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com).

**Confermo di voler procedere**   SI  

**Data**

**Firma dell'Iscritto** \_\_\_\_\_