

ANAGRAFICHE

Nome e Cognome/Rag.sociale _____
 Data e Luogo di nascita _____
 Indirizzo _____
 Località _____ Provincia e CAP _____
 Tel/Cell _____ email _____

Stato Civile	Stato Occupazionale
Nubile/celibe	NON RISPONDE
Coniugata/coniugato	dipendente
Libero di stato	pensionato
Vedova/vedovo	imprenditore / libero prof. / autonomo
Composizione nucleo familiare	occupato con contratto atipico
Figli minorenni	non occupato
Figli maggiorenni	studente
Single	altro (cosa)
Altre persone a carico	

Situazione assicurativa (ramo danni)

Attualmente ha in corso coperture assicurative ?

NON RISPONDE
 SI, sono già in corso coperture assicurative
 NO, nessuna copertura assicurativa

In caso affermativo specificare il tipo di copertura

<input type="checkbox"/> All Risks	<input type="checkbox"/> Infortuni	<input type="checkbox"/> R.C. Professionale	<input type="checkbox"/> RCA / Natanti
<input type="checkbox"/> Glob. Abitazione	<input type="checkbox"/> I.P.M	<input type="checkbox"/> R.C. Prodotto	<input type="checkbox"/> Corpi
<input type="checkbox"/> Glob. fabbricato	<input type="checkbox"/> R.S.M.	<input type="checkbox"/> Cauzioni / Fidejussioni	<input type="checkbox"/> Tutela Legale
<input type="checkbox"/> Glob. Uff./negozio/studio	<input type="checkbox"/> RCT/O	<input type="checkbox"/> CAR/ EAR/ Rischi Tecnologici	<input type="checkbox"/> Elettronica
<input type="checkbox"/> Furto	<input type="checkbox"/> Cyber	<input type="checkbox"/> D&O	<input type="checkbox"/> Altro

Situazione assicurativa (ramo vita)

Attualmente possiede altri prodotti vita ?

NON RISPONDE

 Si, risparmio
 Si, investimento
 Si, previdenza/pensione
 Si, protezione assicurativa di rischio/sicurezza (morte, invalidità, LTC, malattie gravi)

No, nessuna copertura vita

Selecover S.r.l. - Broker di Assicurazioni

PEC: selecover@pcert.it - RUI B000014327 - C.F. / P.IVA 11393700155

Profilatura del cliente in ottemperanza all'art.20 Direttiva UE 2016/97 del 20/01/2016

ESIGENZE ASSICURATIVE

LA STIPULA DI UNA POLIZZA ASSICURATIVA E' FINALIZZATA PER

Persone Fisiche

<input type="checkbox"/>	NON RISPONDE
<input type="checkbox"/>	obblighi di legge
<input type="checkbox"/>	protezione beni (incendio, furto)
<input type="checkbox"/>	protezione del patrimonio (RCG)
<input type="checkbox"/>	protezione della persona (infortuni)
<input type="checkbox"/>	protezione della persona (sanitaria)
<input type="checkbox"/>	assicurazione natanti
<input type="checkbox"/>	cauzioni
<input type="checkbox"/>	altro

Aziende

<input type="checkbox"/>	NON RISPONDE
<input type="checkbox"/>	obblighi di legge
<input type="checkbox"/>	copertura incendio
<input type="checkbox"/>	copertura furto e rischi gravi
<input type="checkbox"/>	copertura respons.civile generale
<input type="checkbox"/>	copertura infortuni
<input type="checkbox"/>	copertura sanitaria
<input type="checkbox"/>	cauzioni e fideiussioni
<input type="checkbox"/>	copertura rischi tecnologici
<input type="checkbox"/>	copertura trasporti
<input type="checkbox"/>	altro

Esigenze ed aspettative

DURATA TEMPORALE

Con riferimento alle esigenze assicurative, quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei rischi?

<input type="checkbox"/>	NON RISPONDE
<input type="checkbox"/>	Temporanea
<input type="checkbox"/>	1 anno
<input type="checkbox"/>	Poliennale

PAGAMENTO DEL PREMIO

Con quale periodicità vorrebbe pagare il premio ?

<input type="checkbox"/>	NON RISPONDE
<input type="checkbox"/>	Annuale
<input type="checkbox"/>	Semestrale
<input type="checkbox"/>	Pagamento anticipato per l'intera durata del contratto

Luogo e data

Firma dell'interessato
