



Questionario Adeguatezza VITA / TCM - Pico Adviser Group
da compilare firmare e inviare a: pico@pico-adviser.com o al Fax n. 051-054.88.34

Gentile cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" riportata alla pagina n°3.

Generalità del Dichiarante

Se Privato (nota: per Ditte Individuali compilare sia dati "Privato" che "Azienda"):

Cognome e Nome: _____ Cod. Fisc. : _____
Residenza: via, n° _____ Città: _____ CAP _____ Prov. (____)
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail: _____
Data di nascita: __/__/____ Luogo: Città _____ Prov (____)
Stato Civile: ☐ Nubile /Celibe ☐ Coniugato /a ☐ Vedovo / a
Composizione del nucleo familiare convivente:
N° totale componenti _____ di cui: Figli minorenni n° _____ Figli maggiorenni n° _____ Altro n° _____

Se Azienda o Professionista (nota: per Ditte Individuali compilare sempre qui sopra anche data, luogo di nascita e C.F.):

Denominazione o Ragione sociale: _____
Codice Fiscale: _____ o Partita IVA _____
Sede: via, n° _____ Città: _____ CAP _____ Prov. (____)
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail: _____
Altre sedi ☐ NO via, n° _____ Città: _____ CAP _____ Prov. (____)
Data iscr. Reg. Imprese o Reg. Associazioni o Albo Professionale __/__/____ Città: _____
Dipendenti e/o collaboratori?
☐ Sì ☐ No ☐ Non Risponde
Se Sì indicare: ☐ Numero dipendenti _____ ☐ Numero prestatori di lavoro non dipendenti _____

Attività svolta

Se Privato:

<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Benestante, Casalinga
<input type="checkbox"/> Impiegato, Operaio	<input type="checkbox"/> Insegnante, Professore	<input type="checkbox"/> Studente, Disoccupato
<input type="checkbox"/> Quadro, Dirigente, Professionista	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Altro _____

Se Impresa:

<input type="checkbox"/> Agricoltura	<input type="checkbox"/> Commercio	<input type="checkbox"/> Terziario / Servizi
<input type="checkbox"/> Artigianato	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Altro _____

Se Professione:

<input type="checkbox"/> Agente, Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Architetto, Ingegnere, Geometra, PI	<input type="checkbox"/> Associazione
<input type="checkbox"/> Avvocato, Commercialista, Consulente del lavoro, Notaio	<input type="checkbox"/> Medico, Farmacista, Paramedico / Operatore sanitario	<input type="checkbox"/> Altro _____

PICO ADVISER GROUP S.r.l. - Broker di Assicurazioni - Corrispondente LLOYD'S

R.U.I. n. B000014433 - Capitale Sociale €. 119.900 i.v. - P. I.V.A. 04180860373 - REA BO-0350403 - PEC: pico-adviser@pec.it

Pico Adviser Bologna

Via Barozzi, 2 - 40126 Bologna
Tel. 051-255.988 - Fax 051-421.64.74
e-mail: bologna@pico-adviser.com

Pico Adviser Padova

Via Del Santo 143/e - 35010-Limena (PD)
Tel. 049-87.89.864 - Fax 049-85.97.303
e-mail: padova@pico-adviser.com

Pico Adviser Mantova

Piazza Castello, 17 - 46036 Revere (MN)
Tel. 0386-846.114 - Fax 0386-46.635
e-mail: mantova@pico-adviser.com

Informazioni sulla situazione finanziaria / assicurativa

Se Privato:

Il Suo reddito annuo lordo in che fascia si colloca?

☐ 0 - 20.000€ ☐ 20.001 - 50.000€ ☐ 50.001 - 100.000€ ☐ oltre 100.000€ ☐ Non risponde

Il reddito annuo lordo del Suo nucleo familiare convivente in che fascia si colloca?

☐ 0 - 20.000€ ☐ 20.001 - 50.000€ ☐ 50.001 - 100.000€ ☐ oltre 100.000€ ☐ Non risponde

In caso di prodotto a premi annuali, qual è la sua capacità di risparmio medio annuo?

☐ 0 - 5.000€ ☐ 5.001 - 10.000€ ☐ 10.001 - 15.000€ ☐ oltre 15.000€ ☐ Non risponde

In caso di investimento a premio unico, quanta parte della disponibilità patrimoniale è rappresentata dal versamento che sta per effettuare sul contratto da sottoscrivere?

☐ meno del 20% ☐ dal 20 al 50% ☐ oltre il 50% ☐ Non risponde

Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?

☐ in crescita ☐ stazionaria ☐ in diminuzione ☐ Non risponde

Se Azienda:

Il fatturato/ introito annuo lordo in che fascia si colloca?

☐ 0 - 20.000€ ☐ 20.001 - 50.000€ ☐ 50.001 - 100.000€ ☐ 100.001 - 150.000€ ☐ 150.001 - 250.000€
☐ 250.001 - 500.000€ ☐ 500.001 - 1,5 Mln € ☐ 1,5 - 5 Mln. € ☐ ____ Mln € ☐ Non risponde

Attualmente possiede altre polizze assicurative VITA? (nota: vale sia per Privato che per Azienda)

☐ Sì ☐ No ☐ Non Risponde

Se ha risposto Sì, indicare Tipo e Compagnia

TIPO	COMPAGNIA/E
<input type="checkbox"/> Risparmio / Investimento	
<input type="checkbox"/> Previdenza / Pensione complementare	
<input type="checkbox"/> Protezione ass.va di rischio (morte, invalidità, malattie gravi, L TC)	

Informazioni sulle persone da tutelare

Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)? ☐ Sì ☐ No ☐ Non Risponde

Interesse assicurativo:

Quali sono gli obiettivi assicurativo / previdenziali che intende perseguire con il contratto?

☐ Risparmio / Investimento ☐ Previdenza / Pensione complementare
☐ Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi, L TC) ☐ Non risponde

Obiettivo Temporale:

☐ Breve (fino a 5 anni) ☐ Medio (6 – 10 anni) ☐ Lungo (oltre 10 anni) ☐ Non risponde

Quali sono la Sua propensione al rischio dell'investimento e conseguentemente le Sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- ☐ **Bassa:** sono disposto/a a sopportare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare rendimenti modesti ma sicuri alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato.
- ☐ **Media:** sono disposto/a a sopportare oscillazioni contenute del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare probabili rendimenti medi alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato.
- ☐ **Alta:** sono disposto/a a sopportare oscillazioni anche elevate del valore dell'investimento nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti con la consapevolezza che ciò comporta dei rischi.

Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo / previdenziali attraverso:

☐ versamenti periodici ☐ versamento unico

Quale pensa possa essere la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto

☐ Bassa ☐ Alta



Il sottoscritto dichiara di aver fornito risposte veritiere alle domande riportate alle precedenti pagine 1 e 2 del Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative."

Firma del cliente

Data

.....

.....

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto").

Il sottoscritto dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative."

In fede

Data

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o no dal cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato").

"Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato dal qui presente intermediario dei motivi per i quali, sulla base delle informazioni da me fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle mie esigenze assicurative. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Firma del cliente

.....

Motivazioni di inadeguatezza secondo l'intermediario:

- ☐ mancanza di informazioni ☐ capacità di risparmio insufficiente
☐ propensione al rischio non in linea con il prodotto
☐ altro (specificare)

Firma dell'Intermediario

Data

.....

.....