

QUESTIONARIO · ASSICURAZIONE FUNERALE

Questionario assicurazione funerale

Raccolta delle informazioni necessarie allo studio — da rinviare a info@assudire.fr

Rispondete a ciò che vi riguarda: solo i vostri recapiti sono obbligatori. Nessuna domanda medica; le vostre volontà restano modificabili in qualsiasi momento.

1. VOI

Il contraente della polizza.

Titolo : ☐ Signora ☐ Signor **Nome :** **Cognome :**

Data di nascita : **Stato civile :** ☐ Celibe / nubile ☐ Coniugato/a / unione civile ☐ Convivente
☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a

Indirizzo : **CAP :** **Città :**

Telefono : **Email :**

Professione : **Situazione :** ☐ Dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Pensionato/a ☐ Studente ☐ Senza attività

2. PERSONE DA ASSICURARE

Voi e, se del caso, il vostro coniuge.

Da assicurare : ☐ Solo io ☐ Il mio coniuge e io ☐ Un genitore **Data di nascita della 2a persona :**

CAP del domicilio : **Domicilio in Francia :** ☐ Sì ☐ No ☐ Trasferimento in corso

Polizza funerale esistente : ☐ No ☐ Sì **Assicuratore attuale :**

3. LE VOSTRE VOLONTÀ

Ciò che volete risparmiare ai vostri cari.

Tipo di contratto : ☐ Solo capitale ☐ Capitale e servizi organizzati ☐ Da consigliare

Capitale desiderato : € **Funerale :** ☐ Inumazione ☐ Cremazione ☐ Non ancora deciso

Luogo del funerale : ☐ Vicino a casa ☐ Un'altra regione ☐ All'estero (rimpatrio) **Beneficiario (familiare o impresa funebre) :**

4. LE VOSTRE ESIGENZE

Formula desiderata : ☐ Essenziale ☐ Serenità ☐ Servizi ☐ Da consigliare

Pagamento dei premi : ☐ In un'unica soluzione ☐ In 5-15 anni ☐ Vitalizi (per tutta la vita) ☐ Da consigliare

Opzioni : ☐ Rivalutazione del capitale ☐ Rimpatrio della salma ☐ Assistenza nelle pratiche ☐ Volontà modificabili

Decorrenza desiderata : ☐ Il prima possibile ☐ Entro un mese ☐ Più tardi **Budget previsto :** € / mese

Precisazioni, vincoli o domande :

5. DOCUMENTI DA ALLEGARE

Bastano foto o scansioni.

☐ Documento d'identità ☐ Preventivo dell'impresa funebre (se ne avete uno) ☐ Polizza attuale ☐ IBAN

Qui non viene chiesta alcuna informazione medica. Se l'assicuratore ne ha bisogno, ve la chiede direttamente e resta riservata.

DICHIARAZIONE E FIRMA

Certifico l'esattezza delle informazioni sopra riportate, che costituiscono la base dello studio e, se del caso, della polizza. Ogni reticenza o falsa dichiarazione espone alle sanzioni degli articoli L.113-8 e L.113-9 del Codice delle assicurazioni francese. I dati raccolti sono trattati da ASSUDIRE per lo studio delle mie esigenze e la gestione della polizza, alle condizioni del documento informativo (sezione 8); accetto di essere ricontattato/a.

Luogo: **Data:**

Il contraente

Firma

Riservato ad ASSUDIRE

Ricevuto il · consulente · riferimento dello studio