QUESTIONARIO · PREVIDENZA INDIVIDUALE

Questionario previdenza

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: se l'assicuratore ne ha, ve le pone direttamente, in forma riservata.

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

Luogo di nascita : ..... **Nazionalità :** ..... **Paese di residenza :** .....

Indirizzo : ..... **CAP :** ..... **Città :** .....

Telefono : ..... **Email :** .....

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

2. LA VOSTRA SITUAZIONE

Ciò che va protetto se non potete più lavorare.

Reddito netto mensile : ..... € **Persone a carico :** .....

Rate di prestiti in corso : ..... € / mese **Previdenza tramite il datore di lavoro :** ☐ Sì ☐ No ☐ Non lo so

Residenza principale : ☐ Proprietario ☐ Inquilino ☐ Alloggiato/a a titolo gratuito

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

3. LE VOSTRE POLIZZE E IL VOSTRO PROFILO

Ciò che vi copre già e i criteri di tariffa non sanitari.

Contratto previdenza esistente : ☐ Nessuno ☐ Sì, da rivedere ☐ Sì, recente **Assicurazione attuale :** ..... € / mese

Fumatore (ultimi 12 mesi) : ☐ No ☐ Sì

Tipo di attività : ☐ Ufficio / sedentaria ☐ Manuale / cantiere ☐ Spostamenti frequenti ☐ Altro

Sport praticati : ☐ Nessuno sport a rischio ☐ Sport motoristici ☐ Immersioni ☐ Sport aerei ☐ Montagna / arrampicata ☐ Sport da combattimento

4. LE VOSTRE ESIGENZE

Formula desiderata : ☐ Essenziale ☐ Comfort ☐ Integrale ☐ Da consigliare

Garanzie desiderate : ☐ Capitale decesso ☐ Inabilità temporanea al lavoro ☐ Invalidità
☐ Rendita per l'istruzione dei figli ☐ Rendita al coniuge ☐ Perdita totale di autonomia

Capitale decesso desiderato : ..... € **Indennità giornaliera desiderata :** ..... € / giorno

Opzioni : ☐ Raddoppio in caso di infortunio ☐ Garanzia ricovero ☐ Esonero dai premi ☐ Franchigia ridotta

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

Precisazioni, vincoli o domande :

.....

5. DOCUMENTI DA ALLEGARE

Bastano foto o scansioni.

☐ Ultimo avviso d'imposta o busta paga ☐ Libretto della previdenza aziendale ☐ Condizioni del contratto attuale
☐ IBAN

Qui non si chiede alcuna informazione medica. Il questionario sanitario, se richiesto, vi è inviato direttamente dall'assicuratore e resta riservato.

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