

Questionario Assicurativo Coperture Auto RCVT e CVT**Dati anagrafici Cliente**

- Cognome, Nome / Ragione Sociale _____
- Via, Città, Provincia, CAP _____
- Codice fiscale / Partita IVA _____
- Professione / Attività _____

I - La sua esigenza assicurativa deriva da un obbligo

- di legge SI NO
- contrattuale SI NO

II - Dati del veicolo

- Tipologia di veicolo: _____
- Data di immatricolazione: _____

III - Il veicolo è già assicurato? SI NO

- Se 'SI' con quali garanzie?

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RC | <input type="checkbox"/> Incendio e Furto | <input type="checkbox"/> Complementari | <input type="checkbox"/> Kasko |
| <input type="checkbox"/> Cristalli | <input type="checkbox"/> Rendita Vitalizia | <input type="checkbox"/> Eventi Speciali | <input type="checkbox"/> Even. Nat. |
| <input type="checkbox"/> Sosp. Patente | <input type="checkbox"/> Infortuni | <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria | <input type="checkbox"/> Assistenza |

IV - E' consapevole del fatto che la copertura assicurativa prevede contrattualmente

- esclusioni e/o limitazioni SI
- scoperti e/o franchigie SI
- possibilità di rivalsa nei suoi confronti da parte dell'assicuratore SI

V - E' interessato ad un massimale diverso dal minimo di Legge? SI NO

Confermo che la polizza testé sottoscritta è conforme alle mie esigenze assicurative quali risultano dalle risposte date al questionario precontrattuale.

Il Contraente
(o legale rappresentante)

Data _____