



## QUESTIONARIO ASSICURAZIONE INFORTUNI MOTORSPORT

PA Proposal form

<b>Nome Proponente:</b> Name/Proposer:	<input type="text"/>			
<b>Indirizzo completo:</b> Address:	<input type="text"/>			
<b>Partita Iva o C.F.:</b> VAT n.	<input type="text"/>			
<b>Riferimenti contatto:</b> Contact Details:	<b>Tel:</b>	<input type="text"/>	<b>E-mail:</b>	<input type="text"/>
<b>Data di nascita:</b> Date of birth:	<input type="text"/>	<b>Professione:</b> Occupation:	<input type="text"/>	

**Informazioni riguardanti la competizione - Details about races:**

**Copertura per Campionati o programma di gare:**  
Cover for Race series:

**Nome Campionato o programma di gare:**  
Race Series:

**Per i Rally - Copertura per gara singola**  
**Nome gara:**

For Rallies - Cover for single race – Race name:

**Esigenze assicurative – Option of cover required:**

<input type="checkbox"/>	<b>Capitale in caso di decesso:</b> Accidental death:	€	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Invalidità permanente totale:</b> Permanent total disablement:	€	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Rimborso spese mediche:</b> Accident medical insurance:	€	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Invalidità permanente da malattia:</b> Illness total disablement:	€	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Capitale per assenza in gara:</b> Per race missed:	€	<input type="text"/>

**N.B.: Segnalare eventuali infortuni o malattie preesistenti:**  
Please advise if you currently know related medical issues:

**Per favore completare con foglio aggiuntivo se necessario** Please fill these information with additional paper if required



## Questionario per la valutazione dell'adeguatezza dei contratti Rami Danni

**In base alle informazioni sopra riportate, il contratto proposto risulta essere adeguato alle esigenze assicurative del Cliente** *In relationship with the information provided upon, the proposed cover is adequate to the Client's insurance needs:*

**Firma del  
Proponente:**  
*Proposer's Sign:*

**Data:**  
*Date:*

**Il proponente dichiara di avere ricevuto la seguente documentazione precontrattuale:**

*The proposer confirm he received the following documentation*

- Fascicolo informativo
- Modello 7AB Unico & Informativa Privacy

**Firma del  
Proponente:**  
*Proposer's Sign:*

**Data:**  
*Date:*

**In caso di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste:**

*In case of refusal to provide any or part of the requested information*

**Il Proponente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste sopra, essendo consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto rispetto alle proprie esigenze assicurative**

*The Proposer declares that he does not want to provide one or more of the information requested above, being aware that this affects the assessment of the adequacy of the contract with reference to his insurance needs.*

**Firma del  
Proponente:**  
*Proposer's Sign:*

**L'intermediario:**  
*The Broker:*

**Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

*L'intermediario dichiara di aver informato il Proponente che la proposta assicurativa potrebbe non essere adeguata alle Sue esigenze assicurative, per i seguenti motivi:*

**Il Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.**

*In case of refusal to provide any or part of the requested information*

*Declaration of intention to purchase in case of possible inadequacy*

*The Broker declares to have informed the Proposer that the insurance offer may not be suitable with reference to his insurance needs, for the following reasons:*

*The Proposer declares that he wants to sign the contract anyway.*

**Firma del  
Proponente:**  
*Proposer's Sign:*

**L'intermediario:**  
*The Broker:*

**Luogo:**  
*Place:*

**Data:**  
*Date:*

**Per cortesia, ritornare la proposta compilata, firmata e datata a:**

*Please return completed, signed and dated proposal form to:*