POLIZZA
BT SVILUPPO EXPORT
Modulo di Proposta

SACE

SELEZIONARE IL TIPO POLIZZA PER CUI SI RICHIEDE L'OFFERTA:

	EXPORT CLIENTI	EXPORT OPEN	EXPORT PAESI
Numero clienti debitori oggetto di copertura assicurativa	Massimo 10	Minimo 10	Nessun limite
Gruppi Paese (vedi Allegato Paesi)	1, 2, 3	1	1
Selezione Paese	Nessuna	Nessuna	Massimo 5
Dilazioni massime di pagamento	12 Mesi	6 Mesi	6 Mesi
Verifica Credito	Non presente	Presente	Presente
Globalità fatturato	Totale vendite con pagamenti dilazionati limitatamente ai debitori presenti in polizza	Totale vendite con pagamenti dilazionati limitatamente ai debitori presenti in polizza	Totale vendite con pagamenti dilazionati relative ai Paesi presenti in polizza
Presenza di Polizze con credito Export con altre Compagnie	Possibile	Non possibile	Non possibile

SACE BT S.p.A.
Sede Legale Piazza Poli, 42 - 00187 Roma
tel. +39 06 697697791 - fax +39 06 697697725
Indirizzo PEC: sacebt@pcert.postecert.it

Cap. Soc. Euro 56.539.356,00
Reg. Imp Roma, C.F. e P. IVA 08040071006
Iscritta al n. 1.00149 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di SACE SpA (unico socio)

SACE

MODULO DI PROPOSTA

La compilazione del seguente Modulo non impegna alla sottoscrizione della polizza e prevede l'esattezza e veridicità delle informazioni fornite.

DATI DELL'AZIENDA ESPORTATRICE

Ragione Sociale e forma giuridica:

C.F.: P.IVA:

Tel. Sede legale: FAX Sede legale:

Persona di riferimento: E-mail del referente:

Tel. Persona di riferimento: Qualifica:

Sede Legale:

CAP: Città: Prov:

Codice Convenzione: Pec:

ATTIVITÀ SVOLTA

Descrizione attività e prodotti commercializzati:

Fatturato previsto per l'anno in corso: di cui EXPORT:

Numero di clienti esteri abitualmente forniti:

Aree abitualemente fornite:

☐ UE ☐ EXTRA UE ☐ AMERICHE ☐ ASIA ☐ ALTRO

Polizze credito in corso con altre Società di Assicurazioni ☐ SI ☐ NO

- Con quale società:
- Scadenza contratto:
- Copertura crediti ☐ ITALIA ☐ EXPORT

PAESI PER I QUALI SI RICHIEDE COPERTURA (COMPILARE SOLO PER TIPO POLIZZA "EXPORT PAESI")

1)

2)

3)

4)

5)

SACE BT S.p.A.
Sede Legale Piazza Poli, 42 - 00187 Roma
tel. +39 06 697697791 - fax +39 06 697697725
Indirizzo PEC: sacebt@pcert.postecert.it

Cap. Soc. Euro 56.539.356,00
Reg. Imp Roma, C.F. e P. IVA 08040071006
Iscritta al n. 1.00149 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di SACE SpA (unico socio)

Consenso per la trasmissione della documentazione in formato elettronico e per la fornitura di informazioni tramite sito internet.

Il Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, all'art. 61, prevede la necessità di acquisire il consenso espresso per la trasmissione della documentazione in formato elettronico. Inoltre, il Codice delle assicurazioni private - D. lgs n. 209 del 7 settembre 2005 - all'art. 120 quater prevede la possibilità di fornire informazioni sulle polizze stipulate dal Contraente mediante un sito internet. In relazione a ciò l'Interessato, munito dei necessari poteri, dichiara:
• di prestare, ai sensi e per gli effetti del Regolamento n. 40/2018, il consenso alla trasmissione da parte di SACE BT, e/o di altro soggetto che agisce in suo nome o per conto, della documentazione in formato elettronico in relazione a tutti i contratti assicurativi conclusi e/o da concludere con SACE BT;
• di prestare, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 209/2005, il consenso alla fornitura da parte di Sace Bt di informazioni tramite sito internet.

Il Cliente comunicherà a SACE BT ogni eventuale modifica dell'indirizzo e-mail indicato e resta inteso che potrà revocare il presente consenso in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta da inviare a SACE BT, all'indirizzo mail sacebt@pcert.postecert.it o alla sua sede legale. Il presente consenso non costituisce assenso all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali.

☐ *Presto il Consenso* ☐ *Nego il Consenso*

Data	*Timbro e Firma Assicurato*

Il/La sottoscritto/a _____ ,

in qualità di legale rappresentante/soggetto delegato alla firma della documentazione contrattuale, dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy presente all'indirizzo https://www.sace.it/trattamento-dati , resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679 (GDPR) e di averne reso edotti eventuali terzi di cui fornisco i dati.

Il trattamento dei dati personali per le finalità di marketing è effettuato in regime di Contitolarità, ai sensi dell'art. 26 del GDPR, da SACE e dalle Società controllate, esclusivamente previo espresso consenso dell'interessato.

L'informativa privacy dovrà essere sottoscritta e allegata al presente modulo di domanda all'atto della presentazione dello stesso

Data	*La Società Richiedente*

MODULO PREVALUTAZIONI PER POLIZZA BT SVILUPPO EXPORT

1

Rag. Sociale*:
Paese*:
Indirizzo*:
Codice Univoco di Identif.ne*:
Fido richiesto*:
Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:
Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:
Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:
Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):
Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

2

Rag. Sociale*:
Paese*:
Indirizzo*:
Codice Univoco di Identif.ne*:
Fido richiesto*:
Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:
Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:
Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:
Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):
Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

3

Rag. Sociale*:
Paese*:
Indirizzo*:
Codice Univoco di Identif.ne*:
Fido richiesto*:
Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:
Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:
Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:
Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):
Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

4

Rag. Sociale*:
Paese*:
Indirizzo*:
Codice Univoco di Identif.ne*:
Fido richiesto*:
Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:
Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:
Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:
Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):
Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

5

Rag. Sociale*:
Paese*:
Indirizzo*:
Codice Univoco di Identif.ne*:
Fido richiesto*:
Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:
Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:
Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:
Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):
Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

* Campi obbligatori

SACE BT S.p.A. UFFICIO DELLE ENTRATE DI ROMA 1 ROMA

SACE BT S.p.A.
Sede Legale Piazza Poli, 42 - 00187 Roma
tel. +39 06 697697791 - fax +39 06 697697725
Indirizzo PEC: sacebt@pcert.postecert.it

Cap. Soc. Euro 56.539.356,00
Reg. Imp Roma, C.F. e P. IVA 08040071006
Iscritta al n. 1.00149 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di SACE SpA (unico socio)

6

Rag. Sociale*:

Paese*:

Indirizzo*:

Codice Univoco di Identif.ne*:

Fido richiesto*:

Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:

Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:

Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:

Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):

Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

7

Rag. Sociale*:

Paese*:

Indirizzo*:

Codice Univoco di Identif.ne*:

Fido richiesto*:

Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:

Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:

Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:

Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):

Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

8

Rag. Sociale*:

Paese*:

Indirizzo*:

Codice Univoco di Identif.ne*:

Fido richiesto*:

Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:

Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:

Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:

Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):

Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

9

Rag. Sociale*:

Paese*:

Indirizzo*:

Codice Univoco di Identif.ne*:

Fido richiesto*:

Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:

Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:

Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:

Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):

Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

10

Rag. Sociale*:

Paese*:

Indirizzo*:

Codice Univoco di Identif.ne*:

Fido richiesto*:

Valore indicativo unitario singola fornitura*: Dilazione di pagamento in mesi*:

Fatturato dilazionato previsto per l'anno assicurativo*:

Fatturato dilazionato ultimi 12 mesi:

Perdite (crediti non più esigibili): Sofferenze (crediti non pagati dopo 180 gg):

Ritardi nei pagamenti (solo se superiori a 90 gg): SI NO

* Campi obbligatori