

## Questionario SACE BT Protezione Albergo

**Assicurato/Contraente** (Cognome e Nome / Ragione Sociale):.....  
 .....  
**P.IVA - Codice Fiscale:** .....  
**Domicilio:** .....  
**CAP:** ..... **Comune:** ..... **Prov.:**.....

**Descrizione e ubicazione del Rischio:**

Il fabbricato assicurato, o contenente le cose assicurate, è costruito con strutture portanti verticali, pareti esterne e manto del tetto in materiale incombustibile, solai e armatura del tetto comunque costruiti:  SI  NO

**Indirizzo:** .....  
**Comune:** ..... **Prov.:**.....

**Descrizione Attività svolta:**

.....  
 .....  
 .....

**Numero Posti letto:**.....  
**Numero Camere:**.....  
**Numero Addetti:** .....  
**Corsi d'acqua nelle vicinanze:**  SI  NO  
 Indicare nome e distanza.....  
 Indicare i danni subiti negli ultimi 20 anni .....

### DATI VINCOLO

**Fabbricato vincolato:** € .....  
**Istituto di Credito:** .....  
**Sede/Agenzia di:** ..... **Via:** .....  
**Scadenza Vincolo:** ..... **Notaio:** ..... **rep. n.** .....

### UBICAZIONE 1 - GARANZIA

**Sezione A] INCENDIO**

Fabbricato  P.R.A.  Valore Intero  
 Contenuto  P.R.A.  Valore Intero  
 Rischio Loc.  P.R.A.  Valore Intero  
 Ricorso terzi

Merci in refrigerazione

**Sezione B] FURTO**

Contenuto  P.R.A.  Valore Intero  
 Cose Consegnate  P.R.A.

### SOMME ASSICURATE

€ \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_  
 € \_\_\_\_\_

**Sezione C] ELETTRONICA**

EDP € \_\_\_\_\_  
 Macchine Elettroniche € \_\_\_\_\_  
 Macchine Elettroniche ad Impiego Mobile € \_\_\_\_\_  
 Supporti Dati € \_\_\_\_\_

Maggiori Costi:

Indennizzo giornaliero

€ \_\_\_\_\_

Giorni Massimi di Indennizzo  30  60  90

**Sezione D] CRISTALLI**

Cristalli

€ \_\_\_\_\_

**Sezione E] RESPONSABILITA' CIVILE**

RCT/RCO (Max Unico) € \_\_\_\_\_

Rc cose consegnate e non consegnate € \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI PARTICOLARI – Valide se richiamate**

CP 10 VALORE A NUOVO

**Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente agli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C.**

- 1) Polizze in corso per gli stessi rischi:  SI  NO  
 2) Polizze annullate negli ultimi due anni:  SI  NO  
 3) Motivo dell'annullamento: .....

**Sinistri ultimo triennio:**

Data di accadimento	Sinistro:	Tipologia Sinistro	Importo del Danno €	P=Pagato R=Riserva	Copertura Assicurativa SI / NO

Note e altre informazioni utili alla valutazione del rischio .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**L'Assicurando conferma la veridicità delle informazioni e dei dettagli forniti nel presente questionario che farà parte integrante del contratto di assicurazione.**

Data \_\_\_\_\_

Firma Dell'Assicurando \_\_\_\_\_

LA FIRMA SU QUESTO MODULO NON IMPEGNA A CONTRARRE L'ASSICURAZIONE