

Questionario SACE BT Protezione Commercio

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 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

SOMME ASSICURATE

Sezione A] INCENDIO

Fabbricato P.R.A. Valore Intero € _____

Contenuto P.R.A. Valore Intero € _____

Rischio Loc. P.R.A. Valore Intero € _____

Ricorso terzi Valore Intero € _____

Merci in refrigerazione € _____

Sezione B] FURTO

Contenuto P.R.A. Valore Intero € _____

Sezione C] ELETTRONICA

EDP € _____

Macchine Elettroniche € _____

Macchine Elettroniche ad Impiego Mobile € _____

Sportelli Dati € _____



Maggiori Costi:

Indennizzo giornaliero € _____

Giorni Massimi di Indennizzo 30 60 90

Sezione D] CRISTALLI

Cristalli € _____

Sezione E] RESPONSABILITA' CIVILE

RCT/RCO (Max Unico) € _____

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

