

## Questionario SACE BT Protezione Condominio

**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.:** .....

**Anno Costruzione o Ristrutturazione totale del Fabbricato:** .....

**Anno sostituzione condutture ed impianti** .....

**Piani fuori terra n°** ..... **Piani interrati n°** .....

*N.B. ATTENZIONE, verificare l'esistenza di cinematografi, discoteche, teatri, sale da ballo, night clubs, grandi empori, supermercati, rimesse pubbliche, stazioni di servizio, industrie, depositi infiammabili ad uso commercio.*

**Corsi d'acqua nelle vicinanze:**  SI  NO

Indicare nome e distanza.....

Indicare i danni subiti negli ultimi 20 anni .....

**GARANZIA**

**SOMME ASSICURATE**

Sezione A] **Incendio** € .....

Sezione B] **RCT/O – Responsabilità Civile Terzi** € .....

**DATI VINCOLO**

**Fabbricato vincolato:** € .....

**Istituto di Credito:** .....

**Sede/Agenzia di:** ..... **Via**.....

**Scadenza Vincolo:** ..... **Notaio:** ..... **Rep. n.** .....

**CONDIZIONI PARTICOLARI – Valide se richiamate**

- CP 4 RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DELL'AMMINISTRATORE
- CP 5 RESPONSABILITA' CIVILE CONDUZIONE LOCALI - **Indicare il Numero dei Locali:**.....
- CP 6 PISCINA PIU'
- CP 7 GIARDINO PIU'
- CP 8 SPORT PIU'
- CP 9 FABBRICATI IN COSTRUZIONE

**Sinistri ultimo triennio:**

Data di accadimento	Sinistro: Incendio, RCT, RCO, RC Professionale Amministratore	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