

Questionario SACE BT Protezione PMI

**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	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
Macchinari. Attrezzature. Arredamento	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
Merci	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
Rischio Loc.	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
Ricorso terzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
Merci in refrigerazione			€ _____

**Sezione B] FURTO**

Macchinari. Attrezzature. Arredamento, Merci	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
--	---------------------------------	--	---------

**Sezione C] ELETTRONICA**

EDP			€ _____
Macchine Elettroniche			€ _____
Macchine Elettroniche ad Impiego Mobile			€ _____
Supporti Dati			€ _____

Maggiori Costi:



Indennizzo giornaliero Giorni Massimi di Indennizzo <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <b>Sezione D] CRISTALLI</b> Cristalli	€ _____  € _____
--	------------------------

<b>Sezione E] RESPONSABILITA' CIVILE</b> RCT/RCO (Max Unico)	€ _____
---	---------

<b>CONDIZIONI PARTICOLARI – Valide se richiamate</b>
<input type="checkbox"/> CP 10 VALORE A NUOVO

<b>Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente agli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C.</b>
1) Polizze in corso per gli stessi rischi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2) Polizze annullate negli ultimi due anni: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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**

