

Questionario SACE BT Protezione Ufficio

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	€ _____
Contenuto	<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"/>		€ _____

Sezione B] FURTO

Contenuto	<input type="checkbox"/> P.R.A.	<input type="checkbox"/> Valore Intero	€ _____
-----------	---------------------------------	--	---------

Sezione C] ELETTRONICA

EDP	€ _____
Macchine Elettroniche da Ufficio	€ _____
Macchine Elettroniche Professionali	€ _____
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	
Sezione DJ CRISTALLI	
Cristalli	€ _____

Sezione EJ RESPONSABILITA' CIVILE	
RCT/RCO (Max Unico)	€ _____

CONDIZIONI PARTICOLARI – Valide se richiamate
<input type="checkbox"/> 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: <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

