

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

Merchi 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