

QUESTIONARIO SACEBT

PROTEZIONE ALL RISKS

INDICE

- | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. | Assicurazione SACEBT PROTEZIONE ALL RISKS
informazioni tecniche e descrittive dell'opera | pag. 2 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

Eventuale partecipazione del richiedente ad associazioni di categoria

Associazione :

numero di iscrizione :

Cliente presentato da :
(timbro e firma dell'agente, broker, banca, associazione, ecc.)

QUESTIONARIO SACE BT PROTEZIONE ALL RISKS

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.**

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				€
Merci in refrigerazione				€

Sezione B| FURTO

Macchinari. Attrezzature. Arredamento, Merci ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero €

Sezione C| MERCI FLOTTANTI

Merci Flottanti €

Valore Primo Periodo €

Periodo appiazioni ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuo

Sezione D| 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	
Sezione E] CRISTALLI	
Macchinari – P.R.A.	
Sezione F] DANNI INDIRETTI	
<input type="checkbox"/> Forma a Diaria	
Indennizzo giornaliero	€ _____
Giorni Massimi di Indennizzo <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	
<input type="checkbox"/> Forma su Margine di Contribuzione (compilare prospetto sotto riportato)	

Se richiamata la garanzia “DANNI INDIRETTI – MARGINE DI CONTRIBUZIONE” , serve compilare lo specchietto qui sotto riportato

VOCI DI BILANCIO	IMPORTI	
	Positivi	Negativi
Ricavi di Vendita (+)		
Rimanenze finali (++)		
Rimanenze iniziali (-)		
Costi per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci (100%)		
Costi per servizi (70%)		
Costi per il personale (30%)		
Oneri diversi di gestione (30%)		
Spese di lavorazioni presso terzi (%)		
Godimento beni di terzi (100%)		
(%)		
(%)		
(%)		
Totali	€ _____	€ _____
Margine di Contribuzione		€ _____
Somma Assicurata		€ _____

Sezione G] RESPONSABILITA' CIVILE	
RCT/RCO (Max Unico)	
<input type="checkbox"/> Fatturato anno precedente	€ _____
<input type="checkbox"/> Fatturato preventivato anno in corso	€ _____
<input type="checkbox"/> Retribuzioni anno precedente	€ _____
<input type="checkbox"/> Retribuzioni preventivate anno in corso	€ _____
<input type="checkbox"/> Numero addetti	N. _____

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: SI NO
2) Polizze annullate negli ultimi due anni: SI NO
3) Motivo dell'annullamento:

Data di accadimento	Sinistro: RCT-RCO	Tipologia Sinistro	Importo €	P=Pagato R=Riserva	Copertura Assicurativa SI / NO

Note.....

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