

## 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 ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero € .....

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

Merci ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero € .....

Rischio Loc. ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero € .....

Ricorso terzi € .....

Merci in refrigerazione € .....

#### Sezione B] FURTO

Macchinari. Attrezzature. Arredamento, Merci ☐ P.R.A. ☐ 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)	€ _____
---	---------

**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