

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 ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero

Contenuto ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero

Rischio Loc. ☐ P.R.A. ☐ Valore Intero

Ricorso terzi

€

€

€

€

Sezione B] FURTO

Contenuto ☐ P.R.A. ☐ 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 D] CRISTALLI	
Cristalli	€ _____

Sezione E] 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