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.)

SACE

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 ☐	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] MERCI FLOTTANTI			
Merci Flottanti			**€**_____
Valore Primo Periodo			**€**_____

Periodo applicazioni ☐
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 ☐30 ☐ 60 ☐ 90

Sezione E] CRISTALLI
Macchinari – P.R.A.

Sezione F] DANNI INDIRETTI
☐ Forma a Diaria
Indennizzo giornaliero €_____
Giorni Massimi di Indennizzo ☐ 30 ☐ 60 ☐ 90

☐ 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)
☐ Fatturato anno precedente €_____
☐ Fatturato preventivato anno in corso €_____
☐ Retribuzioni anno precedente €_____
☐ Retribuzioni preventivate anno in corso €_____
☐ Numero addetti N._____

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: ……

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