QUESTIONARIO

SACEBTPROTEZIONE 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 BT SpA
Sede Legale
Piazza Poli, 42 | 00187 Roma
T +39 06 6976971 | F +39 06 697697725
Indirizzo PEC: sacebt@pcert.postecert.it

Capitale Sociale € 56.539.356,00
Iscrizione al Reg. Imp. Roma
C.F. e P.IVA 08040071006
Iscritta al n. 1.00149 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di SACE SpA (unico socio)

sace
•gruppo cdp•

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	€_____

SACE BT SpA
Sede Legale
Piazza Poli, 42 | 00187 Roma
T +39 06 6976971 | F +39 06 697697725
Indirizzo PEC: sacebt@pcert.postecert.it

Capitale Sociale € 56.539.356,00
Iscrizione al Reg. Imp. Roma
C.F. e P.IVA 08040071006
Iscritta al n. 1.00149 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di SACE SpA (unico socio)

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