Questionario SACE BT Protezione Albergo

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 Posti letto:……..
Numero Camere:……..
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			€_____
Merci in refrigerazione			€_____

Sezione B] FURTO

Contenuto	☐ P.R.A.	☐ Valore Intero	€_____
Cose Consegnate	P.R.A.		€_____

Sezione C] ELETTRONICA

EDP €_____

Macchine Elettroniche €_____

Macchine Elettroniche ad Impiego Mobile €_____

Supporti Dati €_____

Maggiori Costi:

Indennizzo giornaliero

€_____

Giorni Massimi di Indennizzo ☐ 30 ☐ 60 ☐ 90

Sezione D] CRISTALLI

Cristalli

€_____

Sezione E] RESPONSABILITA' CIVILE

RCT/RCO (Max Unico) €_____

Rc cose consegnate e non consegnate €_____

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