

QUESTIONARIO ASSICURAZIONE POLIZZA INCENDIO

Assicurato / Contraente (Cognome e Nome):

 Cod. Fisc:
 Domicilio:
 Cap.: Comune: Prov:

Ubicazione del Rischio:
 Indirizzo: Comune: Prov:
1) Descrizione del rischio
☐ Appartamento ☐ Villa ☐ Fabbricato Civile ☐ Fabbricato Industriale/Commerciale
2) Destinazione d'uso
☐ In costruzione e/o ristrutturazione ☐ Vuoto e inoccupato ☐ Residenziale ☐ Commerciale ☐ Industriale
☐ Altro - Specificare attività svolta o destinazione d'uso.....

Incendio
 Part. 1) Fabbricato o Porzione di Fabbricato a Valore Intero, per €
 Part. 2) Contenuto – Merci, attrezzature ed arredamento a Valore Intero, per €
 Part. 3) Ricorso Terzi, fino a €
 Part. 4) Rischio Locativo a Valore Intero, per €
 Part. 5) Cristalli ☐ Valore Intero ☐ Primo Rischio Assoluto €

<input type="checkbox"/> Polizza Incendio Base - Mod. 917V Garanzie base: - Incendio; - Fulmine; - Esplosione e scoppio non causati da ordigni esplosivi; - Caduta di aeromobili, loro parti o cose trasportate.	<input type="checkbox"/> Polizza Incendio - Mod. 917 Garanzie base, con l'eventuale aggiunta delle seguenti condizioni: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Esplosioni e scoppi esterni <input type="checkbox"/> Implosioni <input type="checkbox"/> Acqua Condotta <input type="checkbox"/> Ricerca del guasto <input type="checkbox"/> Fenomeno elettrico <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Atti dolosi </div> <div> <input type="checkbox"/> Eventi atmosferici <input type="checkbox"/> Sovraccarico Neve <input type="checkbox"/> Costo ricostruzione documenti <input type="checkbox"/> Costo ricostruzione/rimpiazzo – Valore a nuovo <input type="checkbox"/> Anticipo Indennizzi </div> </div>
---	--

Vincolo per Mutuo
 Part 1) Fabbricato vincolato per l'importo di €.
Istituto di Credito.....
Sede/Agenzia di Via.....
Finanziamento in data.....
Notaio..... rep. n.....

Eventuali sinistri ultimo triennio:

Data di accadimento	Tipologia Sinistro	Importo €	P=Pagato R=Riserva	Assic. 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