

**QUESTIONARIO INFORTUNI PER ISTITUTI DI VIGILANZA<sup>2</sup>**

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito firmato e datato.

Ragione Sociale del Contraente o dei Contraenti:

Indirizzo Completo:

Anno di Inizio Attività:

Elenco delle Attività Svolte:

%

X

Vigilanza Ispettiva

Vigilanza Fissa

Vigilanza Antirapina

Vigilanza Antitaccheggio

Telesorveglianza

Televigilanza

Intervento sugli Allarmi

Scorta Valori

Trasporto Valori

Deposito e Custodia Valori

Portierato / Controllo Accessi di Merci e Persone escluso D.M n 269/2010

Numero di Persone da Assicurare Totale:

di cui Amministrativi:

di cui Operativi (Guardie Giurate):

Periodo di Assicurazione richiesto: Dalle Ore 24:00 del

alle ore 24:00 del

Retribuzioni Lorde Stimate per il Periodo di Assicurazione richiesto: EURO

Retribuzioni Lorde Effettive durate i precedenti 12 mesi: EURO

Fatturato Totale Stimato per il Periodo di Assicurazione richiesto: EURO

Fatturato Totale Effettivo durante i precedenti 12 mesi: EURO

Si sono verificati sinistri (denunciati o meno ad una Compagnia di Assicurazione) negli ultimi 3 anni?

SI

NO

Se, si. Si prega di compilare la Scheda Sinistri in maniera dettagliata e completa

**SOMMA ASSICURATA:**

Si prega indicare di seguito per quali Somme Assicurate per persona é richiesta la copertura:

Morte Accidentale: EURO

Invalidità Permanente da Infortunio: EURO

**FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO: (selezionare opzione scelta)**

Opzione 1) Franchigia Fissa 10%; 51% = 100%

Opzione 2) Franchigia Fissa 25%; 51% = 100%

Opzione 3) Franchigia Relativa 50%; 51% = 100%

**Dichiarazione**

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_