

## QUESTIONARIO PROPOSTA - CONVENZIONE ASSICURATIVA SATELLITARI

● **CONTRAENTE**

Cognome e Nome		Via	nr.
Cap.	Città	Prov.	C.F./P.IVA

● **LEASING:** SI  NO  (se SI, compilare)

Società	Indirizzo
Data di inizio	Data di scadenza

● **VEICOLO:** NUOVO  USATO

Marca	Modello	Targa
Valore da assicurare <b>Euro</b>	<b>di cui accessori Euro</b>	IVA inclusa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data di 1° immatricolazione		
Di notte il veicolo è ricoverato: IN STRADA <input type="checkbox"/> - IN BOX PRIVATO <input type="checkbox"/> - IN GARAGE PUBBLICO <input type="checkbox"/> - ALTRO <input type="checkbox"/> (specificare)		
Indicare l'indirizzo del ricovero abituale:		
Indicare eventuali altri ricoveri:		

● **CONDUCENTI AUTORIZZATI (NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA) - DA COMPILARSI PER VEICOLI DI VALORE PARI O SUPERIORE A EURO 200.000,00=.**

1. nato il	2. nato il
3. nato il	4. nato il
I conducenti autorizzati hanno subito furti negli ultimi 5 anni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se SI, fornire dettagli	
Ai conducenti autorizzati sono state annullate o rinnovate con restrizioni polizze di questo tipo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se SI, fornire dettagli	

● **IMPIANTO SATELLITARE**

Marca/Modello	Centrale Operativa di Monitoraggio
---------------	------------------------------------

**ESTENSIONI SOGGETTE A PREMIO AGGIUNTIVO - DA COMPILARE SOLO SE RICHIESTA**

- KASKO - DANNI ACCIDENTALI oppure**  
 **COLLISIONE CON VEICOLO IDENTIFICATO**

I conducenti hanno subito il ritiro o la sospensione della patente di guida negli ultimi 5 anni ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se SI, fornire dettagli	
I conducenti hanno avuto sinistri kasko e/o collisione negli ultimi 5 anni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se SI, fornire dettagli	
Il veicolo viene utilizzato quotidianamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Viene utilizzato per lavoro? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Per quanto è a conoscenza del Contraente, le informazioni contenute in questo questionario sono veritiere ed esatte e non sono state omesse o alterate o sottaciute alcune circostanze in rapporto al questionario stesso. Per quanto precede il Contraente prende atto che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione, ai sensi degli Art. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. Qualora gli Assicuratori accettino di prestare le coperture prescelte, il Contraente, con la firma del presente documento, si impegna alla sottoscrizione della relativa polizza ed al versamento del corrispondente premio.**

Data

Data di decorrenza della copertura:

Firma del Contraente

Data di scadenza della copertura: