

## PREVENTIVO SENZA VALORE DI PROPOSTA

Questo preventivo è stato realizzato al solo scopo di fornire al Contraente una esemplificazione ipotetica di un rapporto premi / coperture, per finalità meramente orientative. Tale documento pertanto non ha valore di proposta, non obbliga la Compagnia ai termini ed alle condizioni di seguito indicate né, tantomeno, alla stipula di un contratto di assicurazione.

Trx elettr.

ARCHIVIO									
COMP.	UNIT	NUMERO PREVENTIVO	RAMO	RISCHIO	COD.	INTERMEDIARIO ASSICURATIVO	COD. PRODUTTORE		
P	B9	291F2583	15	61	291	COMO	000		

CONTRAENTE									
DENOMINAZIONE				FORMA SOCIETARIA		PARTITA IVA		COD. ATTIVITÀ IVA	COD. CLIENTE
ISTITUTO COMPRENSIVO COMO NORD						80014100137			
DESCRIZIONE ATTIVITÀ									
ISTITUTO COMPRENSIVO									
VIA, PIAZZA, ETC.		INDIRIZZO			N° CIVICO		FRAZIONE		
VIA		BROGEDA (PONTE CHIASSO)			21				
CAP	LOCALITÀ		SIGLA PROV.	SIGLA STATO	TIPOLOGIA INDIRIZZO				
22100	COMO		CO	I					

DECORRENZA E SCADENZA - MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO									
DALLE ORE 24 DEL		ALLE ORE 24 DEL		SCADENZA RATE		FRAZIONAMENTO		RESCINDIBILE DAL	DATA EMISSIONE
08.10.2020		08.10.2021		08.10		ANNUALE			08.10.2020
DI OGNI ANNO									

POLIZZE SOSTITuite (Valori espressi in Euro)					VINCOLO	
RAMO	NUMERO POLIZZA	PREMIO IMPONIBILE ANNUO	PREMIO PAGATO SINO AL	RIMBORSO PREMIO	SCADENZA	
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
					In caso di vincolo, vd. Testo Allegato	

PREMIO DA PAGARE (Valori espressi in Euro)									
Premio sino al <b>08.10.2021</b>		al netto del rimborso		Premio Rate successive		Premio annuo			
Ripartizione delle Garanzie per rami Ministeriali		Premio alla firma Lordo	di cui IMPOSTE	Premio Lordo	di cui IMPOSTE	Lordo			
Altri danni ai beni		342,10	59,95	342,10	59,95	342,10			
Perdite pecuniarie		=====	=====	=====	=====	=====			
Totale		342,10	59,95	342,10	59,95	342,10			

**Modalità di pagamento del premio**  
 Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui per ciascun contratto.

DESCRIZIONE DELLE UBICAZIONI (ove sono custodite le partite di seguito descritte)									
<b>Ubicazione 1</b>									
VIA, PIAZZA, ETC. - INDIRIZZO - N. CIVICO									
VIA BROGEDA 21									
CAP - LOCALITÀ - FRAZIONE							PROV.	NAZIONE	
22100 COMO							CO	I	
<b>Ubicazione 2</b>									
VIA, PIAZZA, ETC. - INDIRIZZO - N. CIVICO									
*****									
CAP - LOCALITÀ - FRAZIONE							PROV.	NAZIONE	
****							***	**	

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE ( ai sensi degli artt. 1892 - 1893 C.C.)**

L' Assicurato o il Contraente dichiara:

- che il fabbricato nel quale trovansi le cose assicurate è costruito con materiali incombustibili
- che nessun elemento o circostanza di fatto, capace di influire sull'apprezzamento del rischio, è stato da lui taciuto
- di conoscere e di accettare in ogni loro parte le Condizioni tutte del presente contratto
- altre Assicurazioni in corso ( indicare società, n. polizza, somme assicurate, scadenza)

5. sinistri precedenti ( indicare: garanzia interessata, data del sinistro e suo ammontare)

 6. ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza? **NO** ( SI/NO)  
 In caso di risposta affermativa, con quali motivazioni e da quali Compagnie?

<b>CONDIZIONI GENERALI</b>
<b>MODELLO P.577.CGA/07.2020</b>

<b>CONDIZIONI PARTICOLARI</b>
Sono operanti le "Condizioni Particolari" riportate nell'allegato n. _____

<b>N° AUT.</b>
_____

<b>COASSICURAZIONE</b>
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
In caso affermativo, vd. Riparto Allegato

**GARANZIE PRESTATE: SOMME ASSICURATE E MASSIMALI (Valori espressi in Euro)**

Garanzie Base			Garanzia Agg. A	
Forma di garanzia prescelta	<input type="checkbox"/> Valore a nuovo	<input checked="" type="checkbox"/> Premio Rischio Assoluto (operante per le partite di tutte le ubicazioni assicurate)		
<b>Partite assicurate custodite nell'ubicazione 1</b>			<b>Ubicazione 1 Impiego Mobile</b>	
N.	Descrizione della partita	Somma Assicurata	SI	NO
1	Ufficio Imp.Mobile	10.000,00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale Somma Assicurata partite ubicazione 1		10.000,00	(operante per tutte le Garanzie Base previste dal contratto e ripartita tra le somme assicurate delle partite sopra indicate)	
<b>Partite assicurate custodite nell'ubicazione 2</b>			<b>Ubicazione 2 Impiego Mobile</b>	
N.	Descrizione della partita	Somma Assicurata	SI	NO
1	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	=====	=====	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale Somma Assicurata partite ubicazione 2		=====	(operante per tutte le Garanzie Base previste dal contratto e ripartita tra le somme assicurate delle partite sopra indicate)	
Totale Somma Assicurata di tutte le partite		10.000,00		

<b>Garanzie Aggiuntive B,C,D, (operanti solo se la casella risulta barrata e se viene riportata l'eventuale somma assicurata)</b>					
<input type="checkbox"/>	B. Terremoto	(operante per la somma assicurata e per le partite riportate nelle Garanzie Base)			
<input checked="" type="checkbox"/>	C. Supporto di dati	Somma Assicurata	10.000,00	Indennizzo massimo per singolo supporto	10.000,00
<input type="checkbox"/>	D. Maggiori costi	Indennizzo giornaliero	=====	Per 20 gg. solari	=====
		Somma annua	=====	Indennizzo massimo	=====

COMP. <b>P</b>	UNIT <b>B9</b>	NUMERO PREVENTIVO <b>291F2583</b>	RAMO <b>15</b>	RISCHIO <b>61</b>	COD. <b>291</b>	INTERMEDIARIO ASSICURATIVO <b>COMO</b>	COD. PRODUTTORE <b>000</b>
-------------------	-------------------	--------------------------------------	-------------------	----------------------	--------------------	---	-------------------------------

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dall' Assicurato e dal beneficiario ove previsto, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa all'assicurato/beneficiario alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data .....

Data .....

Firma **Contraente** (data e firma)

Firma **Assicurato** (se diverso dal contraente)

  
.....

.....