



dott. Lisa Rossi

consulente assicurativo
Mb 331.7924257RUI E000162846
assicurazioni@lisarossi.it
rossi.lisa@pec.itP IVA 02994630305
COD UNIV P62QHVQ
CCIAA PN e UD 356038

QUESTIONARIO CATASTROFALI NAT/CAT

Contraente		
Partita IVA		PEC
Codice Ateco *		N° Tel
		mail

Per ogni immobile o terreno da assicurare:

Indirizzo esatto (via/piazza, nr, civico, CAP, città)		
Attività esercitata		
Valore di ricostruzione	€	
Fabbricato di proprietà	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Anno di costruzione		
Caratteristiche costruttive	<input type="checkbox"/> Legno/bioedilizia <input type="checkbox"/> Muratura <input type="checkbox"/> Calcestruzzo armato prefabbricato <input type="checkbox"/> Calcestruzzo armato gettato in opera <input type="checkbox"/> Acciaio <input type="checkbox"/> Non so	
Numero di piani fuori terra		
Esistenza di piani interrati		
Piano in cui si trovano i beni		
Valore del contenuto (impianti, macchinari, attrezzature) - escluse le merci		
FACOLTATIVA Valore delle merci		
Destinazione d'uso terreno	<input type="checkbox"/> Agricolo <input type="checkbox"/> Parcheggio	MQ _____ <input type="checkbox"/> Boschivo <input type="checkbox"/> Altro
Valore del terreno (per l'eventuale bonifica dell'area)	€	
Hai realizzato infrastrutture atte a mitigare il rischio Alluvione?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hai realizzato infrastrutture atte a mitigare il rischio Frana?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Il fabbricato è stato oggetto di adeguamenti/miglioramenti sismici a partire dal 2009 con rilascio di certificato di collaudo statico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

*** allegare Visura Camerale e bilancio**

Questo modulo ha uno scopo puramente indicativo e non ha alcuna valenza contrattuale.



dott. Lisa Rossi

consulente assicurativo
Mb 331.7924257

RUI E000162846
assicurazioni@lisarossi.it
rossi.lisa@pec.it

P IVA 02994630305
COD UNIV P62QHVQ
CCIAA PN e UD 356038

SCHEDA CLIENTE

Denominazione dell'azienda	
Contatto telefonico	
Indirizzo mail	
Persona di riferimento	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI (ART.7 REGOLAMENTO UE 2016/679)

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'informativa privacy e di averne preso visione:

Acconsente al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari, per finalità connesse all'attività di consulenza e distribuzione assicurativa e di altre attività accessorie.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acconsente alla conservazione dei contratti di assicurazione consegnati per la valutazione delle esigenze assicurative. (Finalità b) dell'informativa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acconsente al trattamento dei dati personali per finalità promozionali e di marketing attraverso: -strumenti tradizionali (posta cartacea e/o chiamate con operatore) -strumenti di comunicazione elettronica (e-mail, telefax, mms, sms, WhatsApp, socialnetwork) (Finalità c) dell'informativa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acconsente al trattamento dei dati personali per la comunicazione a soggetti terzi operanti nei settori delle telecomunicazioni, nei servizi bancari, finanziari ed assicurativi e IT(Information Technology) e nell'ambito della vendita diretta di beni e servizi per finalità promozionali e di marketing, sia attraverso strumenti tradizionali sia per il tramite di strumenti di comunicazione (Finalità d) dell'informativa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma _____