**QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE**

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RC DEL SUBCONCESSIONARIO**

**IN AMBITO AEROPORTUALE**

* Sub-concessionario / Assicurato:Fare clic qui per immettere testo.
* Ubicazione del rischio: Fare clic qui per immettere testo.
* Breve descrizione dell’oggetto della Sub-concessione**:** Fare clic qui per immettere testo.
* Durata della Sub-concessione**:**

 **Inizio:** Fare clic qui per immettere testo. **Termine:** Fare clic qui per immettere testo.

* Indicare data di inizio e di fine della copertura richiesta (massimo 12 mesi)**:**

**Inizio copertura:** Fare clic qui per immettere testo. **Termine copertura:** Fare clic qui per immettere testo.

* **Tipologia attività:**

[ ]  Attività Commerciale

[ ]  Uso Ufficio o Attività Promozionali

* **Se “Attività Commerciale” indicare il fatturato, soggetto a royalties, stimato per i mesi di copertura sopra richiesti:** Fare clic qui per immettere testo.
* **Se “Uso Ufficio o Attività Promozionali” indicare i mq dei locali / aree in questione:** Fare clic qui per immettere testo.
* **Indicare il massimale RCT Aviation richiesto nel contratto:** Fare clic qui per immettere testo.
* **Il Sub-concessionario dichiara di aver cagionato sinistri su coperture RCT negli ultimi 5 anni per un importo complessivo (somma degli importi pagati e degli importi riservati, al lordo delle franchigie applicabili, inerenti sia sinistri chiusi sia sinistri aperti) maggiore o uguale ad € 125.000:**

[ ]  SI [ ]  NO

Allegare alla presente il contratto di Sub-concessione tra una delle Società del Gruppo AdB ed il Sub-concessionario, in base al quale ci si riserva di verificare termini e condizioni applicabili in linea con quanto previsto dalla polizza RCT Aviation stipulata dal Gruppo AdB.

Data Fare clic qui per immettere testo. Timbro e Firma …………………………………