



**banchero costa**

INSURANCE BROKER

Via Pammatone, 2 - 16121 Genova  
phone +39.0105631700 - fax +39.010566407  
insurance@bcinsurance.it - www.bcinsurance.it

I nostri professionisti sono a disposizione per fornirvi informazioni su qualsiasi dei nostri servizi o per valutare insieme le vostre specifiche esigenze assicurative.

## Polizza Assicurativa del Doganalista

Gentile cliente.

Il presente questionario deve essere compilato, firmato ed inviato via mail a: [doganalisti@bcinsurance.it](mailto:doganalisti@bcinsurance.it)

**IMPORTANTE:** l'invio del questionario NON impegna in alcun modo il sottoscrittore dello stesso alla stipula della polizza ma le informazioni ivi contenute, in caso di sottoscrizione del contratto assicurativo, avranno la rilevanza prevista dagli artt. 1892 e 1893 c.c.

Per chiarimenti e assistenza rivolgersi a: [banchero costa insurance broker s.p.a. / mail: doganalisti@bcinsurance.it](mailto:doganalisti@bcinsurance.it)

**Giampaolo Mazzini**  
(account executive)  
010/5631.765

Oppure al Reparto Cargo composto da:

**Franca Defilippi**  
(polizze e rinnovi)  
010/5631.779

**Paola Capelli**  
(polizze e rinnovi)  
010/5631.771

**Ilaria Chessa**  
(sinistri)  
010/5631.715

**Sara Schiavo**  
(sinistri)  
010/5631.783

### Informazioni Personali



Ragione Sociale/Cognome e Nome:

Codice Fiscale:

Codice Fiscale:

Cap :

Città :

Tel :

Email :

Persona da contattare:

Persona da contattare:

Ragione Sociale :

Cod. Fiscale :

Ragione Sociale :

Cod. Fiscale :



**banchero costa**  
INSURANCE BROKER

Via Pammatone, 2 - 16121 Genova - phone +39.0105631700 - [insurance@bcinsurance.it](mailto:insurance@bcinsurance.it)



Nome e Cognome

N° Inscrizione Albo doganalisti

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fatturato relativo all'attività di Operatore Doganale (escluso anticipazioni ed oneri doganali):  
EURO

Numero delle operazioni doganali/pratiche effettuate annualmente:  
NR

Percentuali delle operazioni in import ed operazioni in export

Import :  Export :

Percentuali delle operazioni effettuate in rappresentanza diretta e rappresentanza indiretta (%)

Diretta :  Indiretta :

Percentuali delle operazioni in import ed operazioni in export

Import :  Export :

Siete a conoscenza di qualsiasi circostanza o avvenimento che potrebbe dare origine ad una richiesta di risarcimento:  
(segnare con una X)

SI  NO

Avete denunciato danni relativi alla Vs attività professionale a Compagnie di Assicurazioni negli ultimi tre anni:  
(segnare con una X)

SI  NO

Se avete risposto sì, indicare gli importi reclamati  
EURO

## Altre Informazioni



<input type="checkbox"/>	Amministratori/dirigenti della società:	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Dipendenti/impiegati	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>

## Altre Attività Svolte



<input type="checkbox"/>	Amministratori/dirigenti della società:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dipendenti/impiegati	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Amministratori/dirigenti della società:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dipendenti/impiegati	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dipendenti/impiegati	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Amministratori/dirigenti della società:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dipendenti/impiegati	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Percentuali delle operazioni in import ed operazioni in export

Persona Fisica :  Società :

Indicare il massimale richiesto:

€ 200.000: :  € 300.000 :  € 500.000: :  Altro :

Luogo e Data

Firma / Timbro