Sede Legale e Operativa
35127 Padova • Via Vigonovese 115
Tel. 049.870.06.38 • Fax 049.870.3829

Sede Amministrativa e Operativa
24121 Bergamo • Via T. Tasso, 79
Tel. 035.22.64.17 • Fax 035.23.55.80
Capitale Sociale € 10.400,00
R.I. di PD 27097 • CCIAA PD 203155
Numero Iscrizione R.U.I.: **B000064108**
C.F. 01112130263 • P.I. 02094430283
www.cabibroker.com
E-mail: info@cabibroker.com

Da restituire compilato, sottoscritto in **FORMATO PDF**, mezzo mail a convenzioni@cabibroker.com

MODULO DI ADESIONE - QUESTIONARIO

Convenzione CABI Broker – Assorpas 2016_2017

Polizza R.C. dei Sistemi Aeromobili a Pilotaggio Remoto ex art. 32 ed. n.2 Reg. Enac 16 luglio 2015

*per adesioni in corso d'anno, il premio verrà calcolato pro-rata fino al **30/06/2017** (scadenza della polizza convenzione)*

Barra la casella corrispondete al mese d'ingresso nella tabella sottostante

SOLUZIONE A (<2kg inoffensivo e 300g) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 193,50

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	193,5	177,38	161,25	145,13	172,00	112,88	96,75	81,00				
Durata	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Copertura assicurativa temporanea da 1 g a 3 mesi **
Premio lordo per il periodo e singolo APR € 81,00

Copertura assicurativa *temporanea da 3 a 6 mesi* **
Premio lordo per il periodo e singolo APR € 129,00

SOLUZIONE B (<2kg) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 258,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	258	236,5	215	193,5	172	150,5	129,00	107,5	103,00			
Durata	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Copertura assicurativa temporanea da 1 g a 3 mesi **
Premio lordo per il periodo e singolo APR € 103,00

Copertura assicurativa *temporanea da 3 a 6 mesi* **
Premio lordo per il periodo e singolo APR € 193,50

SOLUZIONE C (>2kg <= 5kg) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 308,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	308,00			231,00			154,00			77,00		
	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOLUZIONE D (>5kg <=10kg) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 358,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	358,00			268,50			179,00			89,50		
	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOLUZIONE E (>10kg <=15kg) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 408,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	408,00			306,00			204,00			102,00		
	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOLUZIONE F (>15kg <=20kg)- PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 458,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	458,00			343,50			229,00			114,50		
	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOLUZIONE G (>20kg <=25kg) - PREMIO LORDO ANNUO PER SINGOLO A.P.R. € 508,00

Mese d'ingresso	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Premio lordo	508,00			381,00			254,00			127,00		
	12mesi	11mesi	10mesi	9mesi	8mesi	7mesi	6mesi	5mesi	4mesi	3mesi	2mesi	1mese
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Copertura assicurativa temporanea **
per soluzioni da C a G da 1g a 3 mesi
40% del premio annuo

Copertura assicurativa temporanea **
per soluzioni da C a G da 3 mesi a 6 mesi
70% del premio annuo

***Solo nel caso di copertura assicurativa temporanea per le soluzioni da A a G indicare di seguito le date di inizio e fine copertura.*
Inizio____/_____/____ - Fine____/_____/_____

Contraente di polizza (dati obbligatori):

Cognome (o Ragione Sociale):

Nome:

Indirizzo: Comune: C.A.P.

Codice Fiscale/ Partita IVA:

Tel: Cell:

Fax: Mail:

Operatore di SAPR (dati obbligatori da compilare se diverso dal Contraente):

Cognome (o Ragione Sociale):

Nome:

Indirizzo: Comune: C.A.P.

Codice Fiscale/ Partita IVA:

Proprietario del SAPR (dati obbligatori):

Cognome (Ragione Sociale):

Nome:

Indirizzo: Comune: CAP:

Codice Fiscale/ Partita IVA:

Destinazione d'uso SAPR

- ☐ Riprese televisive
- ☐ Riprese cinematografiche
- ☐ Rilevamento ottico/termico
- ☐ Monitoraggio ambientale
- ☐ Rilievi fotogrammetrici
- ☐ Mappatura del territori
- ☐ Videosorveglianza / Pattugliamento aree
- ☐ Ispezione e valutazione di infrastrutture
- ☐ Controllo tecnico di fabbricati con camera IR
- ☐ Altro_____(specificare)

Tipo di SAPR ☐ Ala fissa ☐ Multirotore

COSTRUTTORE/MODELLO/Anno di Costruzione: _____

Peso Massimo al decollo in Kg:_____

IDENTIFICAZIONE (dati identificativi del SAPR come da Articolo 8 Reg. Enac Ed. n.2 16/07/2015)
:_____

Dati del pilota SAPR (per inserire più piloti allegale al modulo elenco completo con i dati sotto riportati per ciascun pilota)

Cognome (Ragione Sociale):

Nome:

Indirizzo: Comune: CAP:

Codice Fiscale:

Data di Nascita:

Dichiarazione: Il suddetto SAPR

- ☐ non ha mai subito sinistri
- ☐ ha subito i seguenti sinistri (elencare data dell'avvenimento, dettaglio del tipo di danno subito e causa, importo risarcito o importo delle riparazioni effettuate):_____

Prendo atto che le dichiarazioni da me fatte all'interno del presente questionario formeranno parte integrante del contratto che andrò a stipulare. Sono consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio, le stesse possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c.

Data: Il dichiarante (Nome e cognome in stampatello e firma leggibile)

SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO
- Ricevuta dell'assicurato, relativa alla consegna della informativa precontrattuale -

Assicurato

COGNOME E NOME			
VIA N.°	LOCALITA'/COMUNE	PROVINCIA-	C.A.P.

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto

☑ la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (**Allegato 7A**).

☑ copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche (**Allegato 7B**);

☑ la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____, ___/___/___ L'Assicurato_____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della informativa per i trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D.lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi – anche all'estero compresi paesi extra UE – dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

Luogo e data _____, ___/___/___ L'Assicurato_____

QUESTIONARIO SULLA ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Il sottoscrittore del presente documento ha manifestato l'intenzione di acquisire una copertura assicurativa per la propria responsabilità patrimoniale ed è stata ipotizzata la sua adesione alla *Convenzione n.emittenda stipulata tra Lloyd's di Londra e Cabi Broker di Assicurazioni Srl.*

AVVERTENZE E DATI PRELIMINARI

Le vigenti disposizioni di legge e di regolamenti obbligano gli assicuratori e gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze degli aderenti.

La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dagli aderenti col tramite del presente questionario, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo .Gli aderenti possono rifiutare di a fornire le informazioni che devono essere richiesta; posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza per contratto rispetto alle loro esigenze assicurative tale rifiuto comporta il rilascio da parte loro di una dichiarazione attestante la circostanza.

Prima di procedere alla compilazione del questionario, è importante leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

1) è necessario rispondere in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;

2) è necessario rammentare che le risposte fornite a ciascuna domanda costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione : esse devono quindi essere veritiere per consentire- oltre ad un corretto apprezzamento del rischio- di evitare di incorrere nei disposti degli artt. 1892, 1893,1894 del Codice Civile (dichiarazioni inesatte e reticenti).

ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE

QUALI OBBIETTIVI SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE L'ADESIONE?

☐ Ottemperare ad obblighi di legge

☐ Coprire nuovi rischi alla persona

☐ Non risponde

QUALI SPECIFICI RISCHI SI INTENDONO COPRIRE TRAMITE L'ADESIONE?

☐ Protezione del proprio patrimonio, nella vita personale , da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi

☐ Protezione del proprio patrimonio, nell'esercizio della professione / attività lavorativa , da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Sono state rese disponibili le caratteristiche essenziali delle garanzie e dei relativi premi ? □ Si □ No

Sono state rese disponibili le condizioni di polizza dalle quali desumere esclusioni, massimali, e delimitazioni dell'oggetto della garanzia? □ Si □ No

EVENTUALI OSSERVAZIONI DELL'INTERMEDIARIO: *L'assicurazione prestata purché l'operatore di SAPR svolga la propria attività nel rispetto della legge e del regolamento in vigore*, cosi come espressamente indicato delle condizioni generali di assicurazione.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE (SI PREGA DI CROCESEGNARE L'OPZIONE SCELTA)

☐ Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza del contratto offerto.

OVVERO

☐ Il sottoscritto dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione della **adeguatezza del contratto offerto alle sue esigenze assicurative.**

Luogo e data _____, ___/___/___ L'Assicurato_____