

QUESTIONARIO VALUTAZIONE RISCHI: MEZZI A.P.R.



CONTRAENTE DI POLIZZA

Ragione Sociale (se persona giuridica): _____

Cognome e Nome (se persona fisica): _____

Indirizzo Città: _____ Provincia: _____

Via/P.zza: _____ N°.: _____ C.A.P.: _____

Codice Fiscale / Partita IVA: _____ / _____

PROPRIETARIO DEL MEZZO A.P.R. (compilare se diverso da Contraente)

Ragione Sociale (se persona giuridica): _____

Cognome e Nome (se persona fisica): _____

Indirizzo Città: _____ Provincia: _____

Via/P.zza: _____ N°.: _____ C.A.P.: _____

Codice Fiscale / Partita IVA: _____ / _____

OPERATORE S.A.P.R.

Ragione Sociale (se persona giuridica): _____

Cognome e Nome (se persona fisica): _____

Indirizzo Città: _____ Provincia: _____

Via/P.zza: _____ N°.: _____ C.A.P.: _____

Codice Fiscale / Partita IVA: _____ / _____

Operatore registrato sul portale D-FLIGHT: SI NO

Operatore non-professionale

Operatore professionale

Riferimento ENAC¹ : _____

L'operatore dispone di un'organizzazione tecnica ed operativa in linea con le disposizioni normative contenute nel Regolamento ENAC Sezione II (mezzi APR con massa operativa al decollo < 25 Kg) o Sezione III (mezzi APR con massa operativa al decollo ≥ 25 Kg) :

SI NO

¹ Numero di riferimento per elenco ENAC degli operatori autorizzati a svolgere operazioni specializzate critiche, nonché gli operatori che, ai sensi del Regolamento ENAC "Mezzi Aerei a Pilotaggio Remoto" hanno reso la dichiarazione per operazioni specializzate non critiche e per operazioni critiche in scenari standard.

MEZZO A.P.R. (replicare questa pagina per eventuali altri velivoli)

Tipologia velivolo: Ala fissa Ala rotante numero di rotori: _____

Costruttore: _____ Anno di costruzione: _____

Modello: _____

Numero di serie/identificativo: _____

Peso Massimo al decollo - MTOM (Kg): _____

Sistema di propulsione: _____

- Presenza di dispositivi per la terminazione del volo, su attivazione automatica o manuale, che consentano un atterraggio di emergenza o rientro alla base in condizioni di sicurezza

SI NO

- Caratteristiche di inoffensività accertate da ENAC o altro soggetto da esso autorizzato

SI NO

➤ **Destinazione d'uso:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Video e fotografia aerea | <input type="checkbox"/> Videosorveglianza / Pattugliamento aree |
| <input type="checkbox"/> Rilevamento ottico/termico | <input type="checkbox"/> Ispezione e valutazione di infrastrutture |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio ambientale | <input type="checkbox"/> Controllo tecnico di fabbricati con camera IR |
| <input type="checkbox"/> Rilievi fotogrammetrici | <input type="checkbox"/> Scuola di pilotaggio APR |
| <input type="checkbox"/> Mappatura del territorio | <input type="checkbox"/> Uso ludico/ ricreativo |

Altro (specificare): _____

I piloti del mezzo A.P.R. indicato sono in possesso di licenza o attestato ottenuti in conformità agli art. 21 e art. 22 del Regolamento ENAC:

SI NO

• Impieghi operativi (come specificato dal Regolamento ENAC)

- Operazioni non specializzate
- Operazioni specializzate "non critiche"
- Operazioni specializzate "critiche"
- Ricerca e Sviluppo

• Limiti Geografici

- Italia
- Paesi membri E.A.S.A.
- Altri Paesi (specificare): _____

RICHIESTE ASSICURATIVE**➤ Sezione RESPONSABILITA' CIVILE**

Massimale di copertura:

- EUR 1.000.000,00
- EUR 1.500.000,00
- EUR 3.000.000,00
- Altro (specificare): EUR _____

➤ Sezione KASKO

(La copertura contro i danni subiti dal mezzo A.P.R. viene fornita solo ed esclusivamente se il valore del corpo risulta maggiore o al massimo uguale ad EUR 5.000,00.)

Valore corpo mezzo A.P.R. (EUR): _____ **Payload #1 - Valore corpo (EUR): _____**

Produttore: _____

Modello: _____ N° serie / Matricola: _____

 Payload #2 - Valore corpo (EUR): _____

Produttore: _____

Modello: _____ N° serie / Matricola: _____

DICHIARAZIONI



L'Assicurato, l'Operatore ed i Piloti dell'APR:

- non ha/hanno mai subito sinistri in passato
- ha/hanno subito sinistri in passato (elencare data dell'avvenimento, dettaglio del tipo di danno subito e causa, importo risarcito o importo delle riparazioni effettuate)

Precedenti assicurativi: _____

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 del Codice Civile.

Data: _____

IL CONTRAENTE/DICHIARANTE
(Nome, Cognome e Firma)
