

QUESTIONARIO VALUTAZIONE RISCHI :
MEZZI AEREI A PILOTAGGIO REMOTO



Coverholder at **LLOYD'S**

■ **CONTRAENTE (DATI OBBLIGATORI)**

Ragione Sociale (se persona giuridica):		
Cognome e Nome (se persona fisica):		
Indirizzo	<i>Via :</i>	<i>N°. :</i>
<i>Città :</i>	<i>C.A.P. :</i>	<i>Provincia :</i>
Codice Fiscale / Partita IVA :		

■ **PROPRIETARIO DEL MEZZO AEREO A PILOTAGGIO REMOTO (DATI OBBLIGATORI)**

Ragione Sociale (se persona giuridica):		
Cognome e Nome (se persona fisica):		
Indirizzo	<i>Via :</i>	<i>N°. :</i>
<i>Città :</i>	<i>C.A.P. :</i>	<i>Provincia :</i>
Codice Fiscale / Partita IVA :		

■ **OPERATORE SAPR (DATI OBBLIGATORI)**

Cognome e Nome (o Ragione Sociale) :		
Riferimento ENAC :		
Data di nascita (se persona fisica):		
Indirizzo	<i>Via :</i>	<i>N°. :</i>
<i>Città :</i>	<i>C.A.P. :</i>	<i>Provincia :</i>
Codice Fiscale / Partita IVA :		
Qualifiche ottenute come da <i>Sezione IV Regolamento ENAC</i> (addestramento al volo)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Struttura organizzativa come da <i>art. 8 Regolamento ENAC</i> (APR < 25 Kg) e come da <i>Sezione III Regolamento ENAC</i> (APR ≥ 25 Kg) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
L'operatore ha redatto "Manuale delle operazioni" come da <i>art. 11.3</i> (APR < 25 Kg) e <i>art. 18.e Regolamento ENAC</i> (APR 25 ≥ Kg) - allegare copia se possibile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

■ **MEZZO APR** (REPLICARE QUESTA PAGINA PER ULTERIORI MEZZI APR)

Tipo di APR	<input type="checkbox"/> Ala Fissa	<input type="checkbox"/> Ala rotante	Numero di rotori :
Identificazione (registro ENAC o Identificazione SAPR come da art. 8.1 e art.14 del Regolamento ENAC) (DATI OBBLIGATORI)			
Costruttore:	Anno di costruzione:		
Modello:	Numero di serie/identificativo :		
Peso Massimo al decollo (Kg):	Peso del solo <i>Payload</i> (Kg):		
Sistema di propulsione :	Autonomia:		
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	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
			NO
Descrizione del dispositivo:			
Certificato di inoffensività (art. 12 Regolamento ENAC) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Chi effettua la manutenzione ordinaria e straordinaria dell' APR ?			
<input type="checkbox"/> Il pilota stesso <input type="checkbox"/> La stessa azienda Costruttrice (o suo ente autorizzato) esegue la manutenzione ordinaria <input type="checkbox"/> Operatore (specificare eventuale attestato conseguito presso il Costruttore o altro ente da questo autorizzato)			
Note Attestato:			
Destinazione d'uso APR			
<input type="checkbox"/> Riprese televisive	<input type="checkbox"/> Mappatura del territori		
<input type="checkbox"/> Riprese cinematografiche	<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		
Altro (specificare) :			

■ **PILOTA SAPR _#1**

Cognome e Nome :	
Data di nascita :	
Attestato o Licenza ottenuti in conformità agli <i>art. 21</i> e <i>art. 22</i> del Regolamento ENAC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Numero di ore volo maturate alla data del presente documento :	

■ **PILOTA SAPR _#2**

Cognome e Nome :	
Data di nascita :	
Attestato o Licenza ottenuti in conformità agli <i>art. 21</i> e <i>art. 22</i> del Regolamento ENAC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Numero di ore volo maturate alla data del presente documento :	

■ **IMPIEGO SAPR**

Impieghi operativi (come specificato dal Regolamento ENAC)	
<input type="checkbox"/> <i>Operazioni specializzate non critiche</i> (art. 9). <input type="checkbox"/> <i>Operazioni specializzate critiche</i> (art. 10) <input type="checkbox"/> <i>Attività sperimentale</i> (art. 11.5) <input type="checkbox"/> <i>Ricerca e Sviluppo</i> . E' necessaria autorizzazione rilasciata da ENAC (ex art. 8.10)	
Numero massimo di ore d'uso previsto per anno	
<input type="checkbox"/> più di 50 ore annue	<input type="checkbox"/> meno di 50 ore annue
Limiti Geografici	
<input type="checkbox"/> Italia	
<input type="checkbox"/> Unione Europea	
<input type="checkbox"/> Paesi Extra U.E. (specificare) :	

■ **RICHIESTE ASSICURATIVE**

Sezione Responsabilità Civile				
Massimale assicurato :				
<input type="checkbox"/> EUR 1.000.000,00 (massimale minimo obbligatorio) <input type="checkbox"/> EUR 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> EUR 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> Altro (specificare) : EUR				
Coperture <i>accessorie</i> (compilare solo se interessati)				
<input type="checkbox"/> Rischio Guerra/Terrorismo		<input type="checkbox"/> RC Committente		
<input type="checkbox"/> Deroga qualifica Terzi				

Sezione Corpi (compilare solo se interessati)				
Valore corpo mezzo APR				
<i>Payload</i>	Produttore	Modello	N° serie / Matricola	Valore EUR
1				
2				
Coperture <i>accessorie</i> (compilare solo se interessati)				
<input type="checkbox"/> Rischio Eventi Socio/Politici		<input type="checkbox"/> Furto mezzo APR		

■ **DICHIARAZIONI**

L'Assicurato, l'Operatore ed i Piloti dell' APR	
<input type="checkbox"/> non ha/hanno mai subito sinistri <input type="checkbox"/> ha/hanno subito i seguenti sinistri (elencare data dell'avvenimento, dettaglio del tipo di danno subito e causa, importo risarcito o importo delle riparazioni effettuate)	
1 —	
2 —	
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)
