

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

RICHIESTA DI EMISSIONE

Polizza per la Responsabilità civile (R.C.T.O.) nell'esercizio dell'attività di OPERATORI DI SAPR
(Sistemi Aeromobili a Pilotaggio Remoto)

Contraente e Operatore di SAPR (dati obbligatori):

Cognome (o Ragione Sociale):

Nome:

Indirizzo:

Comune:

C.A.P.

Codice Fiscale/ Partita IVA:

Tel:

Cell:

Fax:

Mail:

Selezionare il premio in relazione al numero degli addetti (per addetti s'intendono dipendenti, collaboratori e amministratori)

Fascia	<i>Fino a 3 addetti</i>	<i>Da 3 a 6 addetti</i>	<i>Da 6 a 10 addetti</i>
Premio lordo annuo	€ 300,00	€ 500,00	€ 750,00

Riepilogo garanzie

MASSIMALI DI GARANZIA

L'assicurazione vale fino alla concorrenza complessiva, per capitali, interessi e spese, di Euro 1.500.000,00 per ogni sinistro, ma con il massimo di:

- responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

Euro 1.500.000,00 per ogni persona che abbia subito lesioni e di

Euro 1.500.000,00 per danni a cose o animali;

- responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

Euro 1.500.000,00 per ogni persona che abbia subito lesioni.

Franchigia per danni a cose € 250,00;

Condizioni generali di assicurazione scaricabili dal sito www.cabibroker.com fotografa i QR Code



Alcune delle estensioni particolari visionabili nell'allegato di polizza pubblicate nel sito suddetto:

- estensione ad attività complementari a quella di operatore di SAPR;
- estensione validità territoriale al Mondo;
- garanzia estesa anche ai danni a terzi da soggetti non dipendenti;

Dichiarazione:

- 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 il 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 _____

