

QUESTIONARIO VALUTAZIONE RISCHI:**UAS – Unmanned Aircraft System****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 UA (Unmanned Aircraft) (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 UAS (Unmanned Aircraft System)

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

Replicare questa pagina se si dispone di un numero di mezzi UA maggiore di una unità

MEZZO UA_# (Unmanned Aircraft)

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

Costruttore: _____ Anno di costruzione: _____

Modello: _____

Numero di serie/identificativo: _____

Peso Massimo al decollo - MTOM (Kg): _____

“Marcatura CE” (Regolamento UE 2019/945) : SI NO

Specificare : C0 C1 C2 C3 C4 Autocostruito

Altro: _____

Impieghi operativi (Regolamento UE 2019/947)

- Categoria “APERTA” :** A1 A2 A3
 Categoria “SPECIFICA”: *scenari standard* *operazioni autorizzate*
 Categoria “CERTIFICATA”

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 UA |
| <input type="checkbox"/> Mappatura del territorio | <input type="checkbox"/> Uso ludico/ ricreativo |

Altro (specificare): _____

Tutti i piloti del mezzo UA sopra indicato sono in regola con le disposizioni normative vigenti ex Regolamento UE 2019/947, Regolamento UAS-IT : **SI NO**

Limiti Geografici Italia Paesi membri E.A.S.A. Altri Paesi (specificare): _____**RICHIESTE ASSICURATIVE****Sezione RESPONSABILITÀ CIVILE****Massimale di copertura:** EUR 1.000.000,00 EUR 1.500.000,00 EUR 2.000.000,00 EUR 3.000.000,00 Altro (specificare): EUR _____**Sezione KASKO**

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

 Mezzo UA_#1 – Valore Corpo (EUR): _____ **Mezzo UA_#2 – Valore Corpo (EUR):** _____ **Mezzo UA_#3 – Valore Corpo (EUR):** _____ **Mezzo UA_#4 – Valore Corpo (EUR):** _____ **Payload_#1 - Valore corpo (EUR):** _____

Produttore: _____

Modello: _____ N° serie / Matricola: _____

 Payload_#2 - Valore corpo (EUR): _____

Produttore: _____

Modello: _____ N° serie / Matricola: _____

 Payload_#3 - Valore corpo (EUR): _____

Produttore: _____

Modello: _____ N° serie / Matricola: _____

 Payload_#4 - 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)
