



Coverholder at **LLOYD'S**

**MODULO DI PROPOSTA PER ASSICURAZIONE PER  
INFORTUNI**

**PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE  
INGEGNERI – ARCHITETTI – GEOLOGI  
GEOMETRI – PERITI INDUSTRIALI**

**POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE  
 PER INGEGNERI, ARCHITETTI, GEOLOGI, GEOMETRI, PERITI INDUSTRIALI  
 CON ATTIVITA' IN QUALITA'  
 DI LIBERO PROFESSIONISTA, O DI DIRIGENTE, DIPENDENTE E AMMINISTRATORE DI  
 SOCIETA' A CAPITALE PRIVATO  
 O PUBBLICO O DI ENTI PUBBLICI.**

Contraente della polizza può essere anche lo Studio Associato, la Società di Ingegneria, la Società di Servizi, L'Azienda in genere per assicurare i propri Associati, Amministratori, Dirigenti, Dipendenti.

**Caratteristiche e Prestazioni**

***Somme massime assicurabili, limiti e franchigie***

*(Per somme superiori gli Assicuratori dei Lloyd's valuteranno volta per volta)*

Caso morte	€ 1.000.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 1.000.000	* Franchigia come da riquadro sottostante
Diaria giornaliera per inabilità temporanea (escluso dipendenti)	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: 7 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	€ 75	- limite massimo: 45 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 200	- limite massimo: 90 giorni - franchigia: 5 giorni
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 30.000	Franchigia: € 175,00

***\* Franchigie e Condizioni Invalidità Permanente da Infortunio***

Da € 0	a € 517.000	Franchigia 3% (non applicabile se invalidità permanente è superiore al 10%)
Da € 517.000	a € 775.000	Franchigia 5% sulla parte eccedente € 517.000
Da € 775.000	a € 1.000.000	Franchigia 10% sulla parte eccedente € 775.000
Rischi Sportivi Particolari:		Franchigia generalmente del 10%, dipende dal tipo di rischio
Invalidità Permanente da Infortunio accertata per almeno il 50% liquidazione pari al 100% del capitale		
Applicazione della tabella INAIL allegata al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965, ai fini dell'accertamento dell'Invalidità Permanente da Infortunio		

**Normativa e caratteristiche:**

1. Le coperture dovranno sempre prevedere almeno il caso Morte e il caso Invalidità Permanente da Infortunio;
2. Limite massimo di età per gli infortuni: 75 anni;
3. Limite Catastrofale Volo: € 10.000.000;
4. Validità territoriale: mondo intero;
5. Denuncia sinistro: entro 30 giorni;
6. Anticipo indennizzi: acconto del 50% se l'importo è superiore a € 100.000

**IMPORTANTE**

**Barrare le voci di interesse e specificare al punto 9 del questionario**

<input type="checkbox"/> <u>Ingegnere</u>	<input type="checkbox"/> <u>Architetto</u>	<input type="checkbox"/> <u>Geologo</u>	<input type="checkbox"/> <u>Geometra</u>	<input type="checkbox"/> <u>Perito Industriale</u>
<input type="checkbox"/> <u>Senza accesso ai cantieri</u>		<input type="checkbox"/> <u>Con accesso ai cantieri</u>		
<input type="checkbox"/> <u>Dipendente</u>		<input type="checkbox"/> <u>Libero Professionista</u>		

**Indicare le somme che volete assicurare, diversamente potete scegliere tra una delle combinazioni previste nella pagina successiva.**

Morte da Infortunio (sempre presente) (minimo 1/2 del capitale per Invalidità Permanente da infortunio)	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	€ _____
Diaria per ricovero per Infortunio	€ _____
Diaria da convalescenza a seguito di ricovero	€ _____
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ _____
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ _____

Se le somme indicate sono superiori a quelle previste dal prospetto precedente, gli Assicuratori dei Lloyd's si riservano di valutare e quotare.

**Vuole assicurarsi anche per Invalidità Permanente da Malattia?**  **Si**  **No**

Se "Si" riceverà la relativa quotazione e la seconda parte del questionario.

**Premi annui lordi in convenzione**

<b>Garanzie</b>	<b>Senza accesso ai cantieri</b>	<b>Con accesso ai cantieri</b>
Caso Morte	€ 68 per ogni € 100.000	€ 78 per ogni € 100.000
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 68 per ogni € 100.000	€ 78 per ogni € 100.000
Inabilità temporanea	€ 2,00 x € assicurato	€ 3,00 x € assicurato
Diaria per ricovero da infortunio	€ 1,00 x € assicurato	€ 1,50 x € assicurato
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	€ 1,20 x € assicurato	€ 1,40 x € assicurato
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 1,00 x € assicurato	€ 1,50 x € assicurato
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 10 per ogni € 1.000	€ 15 per ogni € 1.000

**I premi indicati, sono riservati agli iscritti di Ordini, Collegi, Federazioni/Consulte, Associazioni, ecc., che hanno in corso con GAVA Broker Srl una Convenzione**

**(l'elenco è visibile sul sito al seguente link: [www.gavabroker.it/convenzioni.html](http://www.gavabroker.it/convenzioni.html)).**

**In assenza di Convenzione i premi per caso Morte e Invalidità Permanente da Infortunio vengono maggiorati del 10%.**

In alternativa alle indicazioni della precedente pagina sono state predisposte quattro combinazioni di garanzie **A, B, C, D**.

Si può scegliere una di queste combinazioni barrando la lettera corrispondente alla sua preferenza e la casella “Senza Accesso” o “Con Accesso” ai cantieri e riportarlo al punto 9 del questionario.

<input type="checkbox"/> <b>A</b>		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	<b>€ 200.000,00</b>	€ 136,00	€ 156,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	<b>€ 300.000,00</b>	€ 204,00	€ 234,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	<b>€ 100,00</b>	€ 100,00	€ 150,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	<b>€ 100,00</b>	€ 100,00	€ 150,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
<b>PREMIO TOTALE ANNUO</b>		<b>€ 540,00</b>	<b>€ 690,00</b>

<input type="checkbox"/> <b>B</b>		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	<b>€ 300.000,00</b>	€ 204,00	€ 234,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	<b>€ 500.000,00</b>	€ 340,00	€ 390,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	<b>€ 100,00</b>	€ 200,00	€ 300,00
Diaria per ricovero da infortunio	<b>€ 100,00</b>	€ 100,00	€ 150,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	<b>€ 100,00</b>	€ 100,00	€ 150,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	<b>€ 10.000,00</b>	€ 100,00	€ 150,00
<b>PREMIO TOTALE ANNUO</b>		<b>€ 1.044,00</b>	<b>€ 1.374,00</b>

<input type="checkbox"/> <b>C</b>		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	<b>€ 500.000,00</b>	€ 340,00	€ 390,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	<b>€ 800.000,00</b>	€ 544,00	€ 624,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	<b>€ 0,00</b>	€ 0,00	€ 0,00
<b>PREMIO TOTALE ANNUO</b>		<b>€ 884,00</b>	<b>€ 1.014,00</b>

<input type="checkbox"/> <b>D</b>		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	<b>€ 1.000.000,00</b>	€ 680,00	€ 780,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	<b>€ 1.000.000,00</b>	€ 680,00	€ 780,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	<b>€ 200,00</b>	€ 400,00	€ 600,00
Diaria per ricovero da infortunio	<b>€ 200,00</b>	€ 200,00	€ 300,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	<b>€ 200,00</b>	€ 200,00	€ 300,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	<b>€ 30.000,00</b>	€ 300,00	€ 450,00
<b>PREMIO TOTALE ANNUO</b>		<b>€ 2.460,00</b>	<b>€ 3.210,00</b>

# Questionario Lloyd's Infortuni Accident Lloyd's Proposal Form

## PARTE PRIMA DA COMPILARE SEMPRE FIRST PART TO BE COMPLETED IN ANY CASE

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito **firmato e datato**.

*Before any question is answered read carefully the declaration on the last page of this Proposal and after answer all questions fully and give additional information when requested. For this Proposal to be valid it must be returned signed and dated.*

1. **Nome ed indirizzo completi del Proponente ( se è una persona diversa dall'Assicurato);**  
*Full name and full address of the Policyholder (if other than the person to be insured);*

\_\_\_\_\_

2. **Partita IVA o Codice Fiscale / Fiscal Code or VAT number:** \_\_\_\_\_

3. **Relazione con la Persona da assicurare:**  
*Relationship to the Person to be insured:* \_\_\_\_\_

4. **Specificare il periodo di copertura richiesto/ Please state insurance period requested**  
da/from \_\_\_\_\_ a/to \_\_\_\_\_

### LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE IN GENERAL TO THE PERSON TO BE INSURED

5. **Nome ed indirizzo completi**  
*Full name and full address:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **Data di nascita /Date of birth** \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale / Tax code** \_\_\_\_\_

7. **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**

8. **Peso in Kg; Weight in Kg** \_\_\_\_\_ **Altezza in cm; Height in cm** \_\_\_\_\_

9. **Occupazione (specificare se più di una); / Occupation (if more than one, state all);**  
\_\_\_\_\_

10. **Fumatore? / Smoker?**  
 **Si / Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how many per day** \_\_\_\_\_  
 **No / No - Se ha smesso indicare da quando / If you have given up please state when** \_\_\_\_\_

**Consuma alcolici? / Do you drink alcohol?**

- Si/Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how much per day** \_\_\_\_\_

- No/No**

**11. Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea, e**

*Please state approximate number of flights as a passenger on scheduled flight for the next year, and*

\_\_\_\_\_

**Indicare la percorrenza media annua in km su veicoli a motore;**

*Please state average mileage per annum on motor vehicles;*

\_\_\_\_\_

**Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario.**

*The following questions will allow us to fully evaluate the extent of your coverage. Please note that terms and cost may vary following the inclusion or not of the activities indicated below. Please also note that some activities are always excluded from coverage. For more information please refer to the policy wording or ask directly your broker.*

- |   |  |
|---|--|
| <b>12. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?/ Flights other than as a passenger?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>13. Viaggi aerei non con voli di linea?/ Flights other than using scheduled flights?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>14. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ Travel abroad for business or leisure?</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>15. Sport invernali?/ Winter Sports?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>16. Immersioni subacquee con respiratore?/ Scuba Diving?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>17. Alpinismo con uso di funi e guide?/ Mountainering with use of ropes and guides?</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>18. Speleologia?/ Potholing?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>19. Volo a vela o paracadutismo?/ Hang-gliding or parachuting?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>20. Caccia a cavallo, attività equestre?/ Hunting on horseback, horse riding?</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>21. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?/ Participation to any kind of running, race or competition?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>22. Guidate moto?/ Do you drive motor cycles or a scooter?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>23. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?/ Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident?</b> | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |
| <b>24. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?/ Do you suffer from defective hearing or vision?</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Si/Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No/No</b> |

25. **Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?**  Si/Yes  No/No

*Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?*

**SE AVETE INDICATO "SI" ALLE DOMANDE DALLA 12 ALLA 25 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;  
IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 12 TO 25 PLEASE GIVE FULL DETAILS;**

---

---

---

---

---

---

---

26. **Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni?**

*What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 7 days during the past 5 years?*

---

27. **Siete attualmente assicurato per infortuni?**  Si/Yes  No/No  
*Are you insured against accident?*

**In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.**  
*If yes, please state with whom and for what sum insured.*

---

28. **Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?**  Si/Yes  No/No

*Have u ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled?*

**In caso positivo fornire dettagli**  
*If yes, please give details.*

---



## Dichiarazione

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete, or Underwriters to accept, this Insurance.

**Firma, con data, della Persona da assicurare** ..... **data** .....  
Signature and Date of the Assured

**Firma, con data, del Proponente** (se richiesta) ..... **data**.....  
Signature and Date of the Policy Holder (if required)

### SPAZIO RISERVATO ALLE INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:

ADDITIONAL INFORMATION:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_





**GAVA Broker** S.r.l.  
INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

Coverholder at **LLOYD'S**

**Brindisi**, 72100 - Via Danimarca, 2

Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

**Lecce**, 73100 - Viale Ugo Foscolo, 51

Tel. (+39) 0832 093900 - Fax (+39) 0832 093901

**Roma**, 00182 - Via La Spezia, 89

Tel. (+39) 06.62289470 - Fax (+39) 06.23328762

**Bergamo**, 24129 - Via Colle dei Roccoli, 2

Tel. (+39) 035.19965214 - Fax (+39) 035.5095725

[info@gavabroker.it](mailto:info@gavabroker.it)

[www.gavabroker.it](http://www.gavabroker.it)

**Numero Verde** **800 250 882**

