

## QUESTIONARIO / PROPOSAL FORM

Polizza Infortuni Individuale Professionale ed Extraprofessionale (24 Ore) **BIOLOGO**

### 1. Informazioni Generali General information

**Proponente** Insured party / Company Name \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale del Proponente/Assicurato** VAT number \_\_\_\_\_

**Indirizzo del Proponente** Address of proposer \_\_\_\_\_

**Città** City \_\_\_\_\_ **CAP** Post code \_\_\_\_\_ **Provincia** County \_\_\_\_\_

**Specializzazione** \_\_\_\_\_ **Sesso** Gender \_\_\_\_\_ **Data di Nascita** D.o.B. \_\_\_\_\_

### 2. Dichiarazioni sul rischio Risk assesment declaration

**Potete confermare che:** you can confirm that:

**Sì / Yes**

**No / No**

- **NON avete avuto infortuni e/o patologie negli ultimi 5 anni che vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni o Vi abbiano richiesto visite/o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?** *You haven't had injuries and / or illnesses in the last 5 years that have prevented you from carrying out your normal daily life for periods longer than 7 days in the last 5 years or have you requested medical examinations or treatment or had any other symptoms that may require examinations in the future?*
- **NON soffrite di difetto all'udito o alla vista (salvo miopia/astigmatismo)?** *Do you not suffer from hearing or vision impairment (except for near-sightedness/astigmatism)?*
- **NON praticate alcuna attività particolare rischiosa quali, a titolo esplicativo e non limitativo:** *Do you not engage in any specific risky activities such as, for example*
  - ✓ **Competizioni sportive professionali, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;** *professional sports competitions, races or contests, except for pure regularity car races, sailing regattas, or cycling rallies, or other recreational events that do not involve the use of motor vehicles or boats?*
  - ✓ **Paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;** *Do you engage in any form of parachuting, paragliding, or general aviation sports?*
  - ✓ **Alpinismo con scalata di rocce, speleologia, caccia a cavallo, concorsi ippici, rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;** *Do you participate in rock climbing scale, caving, horseback riding, equestrian competitions, rugby, boxing, or any other form of martial arts?*
  - ✓ **Attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.** *Do you engage in underwater activities with the use of breathing apparatus, except for those carried out at a depth not exceeding 30 meters and, in the company, at all times, of another diver?*
  - ✓ **Hockey sul ghiaccio, alla guida di luge o skeleton o di slitta trainata da cani; salto con gli sci, sci acrobatico, bob sledding e lo sci-joring.** *Do you take part in ice hockey, luge or skeleton driving, dog sledging, ski jumping, freestyle skiing, bobsledding, or ski-joring?*
  - ✓ **Non viaggia in aerei non di linea, elicotteri o effettua viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero;** *Do you not travel on non-scheduled flights, helicopters, or attend any flights in any capacity other than as a passenger on any scheduled flight?*
- **NON vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?** *You never have you ever been refused, a policy cancelled, not renewed or accepted under special conditions, for Personal Accident insurance.*
- **NON Avete situazioni da dichiarare sull'idoneità fisica utili all'Assicuratore per valutare l'assunzione del rischio?** *You Do Not have any situations to declare on your physical fitness that would be considered useful for the insurer to evaluate the acceptance of the risk?*

**In caso di risposta NO si prega di allegare una dichiarazione firmata con i motivi per cui non è possibile confermare.**

*Should the answer be NO, please attach a signed statement explaining the reasons why confirmation is not possible.*

### 3. **Prodotti** Products

Si prega di indicare l'Opzione desiderata con X sulla colonna di pertinenza

Please state your preference with the X on the selected combination

<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE BASIC</b>		<input type="checkbox"/> Tab."A" INAIL	<input type="checkbox"/> Tabella "B" SUPERVALUTAZIONE
Caso Morte	€ 70.000,00		
Invalità Permanente da Infortunio	€ 100.000,00		
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 0,00		
Diaria per ricovero da infortunio	€ 50,00		
Diaria ingessatura o app. immobilizzante	€ 0,00		
Rimborso Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 0,00		
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 35.000,00		
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO PER GLI ISCRITTI ENPAB		€ 122,00	€ 149,00
<input type="checkbox"/> PREMIO ANNUO IN ASSENZA DI ISCRIZIONE ENPAB		€ 152,00	€ 186,00

<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE FULL</b>		<input type="checkbox"/> Tab."A" INAIL	<input type="checkbox"/> Tabella "B" SUPERVALUTAZIONE
Caso Morte	€ 200.000,00		
Invalità Permanente da Infortunio	€ 200.000,00		
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 50,00		
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100,00		
Diaria ingessatura o app. immobilizzante	€ 100,00		
Rimborso Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 10.000,00		
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 150.000,00		
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO PER GLI ISCRITTI ENPAB		€ 487,00	€ 541,00
<input type="checkbox"/> PREMIO ANNUO IN ASSENZA DI ISCRIZIONE ENPAB		€ 609,00	€ 676,00

Nel caso in cui si volesse una combinazione diversa si prega di contattare GAVA Broker all'indirizzo sotto riportato inviando il questionario e l'indicazione delle garanzie che si vogliono comprare e le rispettive Somme da Assicurare.

Should the Policy holder require a different combination, please contact GAVA Broker at the address below specifying Sum insureds required and attaching the Proposal form

**Contatti: [enpab@gavabroker.it](mailto:enpab@gavabroker.it) Ufficio di Brindisi: tel. 0831585902-Ufficio di Ortona (CH): tel. 0859066336**

N.B.: Le tariffe sono valide per assicurati fino al 70 esimo anno di età  
Per attività di Biologo Marino, Ambientale, Botanico e Zoologico le tariffe vengono aumentate del 30%  
Per Somme assicurate superiori a € 300,000 bisognerà compilare il questionario completo e la quotazione sarà soggetta ad approvazione degli Assicuratori.

### 4. **DICHIARAZIONI** Declaration

Il Sottoscritto Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione.
- che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete.
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio.
- di aver preso visione del Set informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS art. 41 del 2/08/2018 composto da: DIP. DIP Aggiuntivo, Glossario, condizioni generali di assicurazione.
- di aver ricevuto e preso visione della comunicazione informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti, MUP 3, come previsto dall'Art. 56, Regolamento IVASS n. 40/2018.

Data /Date \_\_\_\_\_

Firma /Signature \_\_\_\_\_