



MODULO ISCRIZIONE FIVL - ASSICURAZIONE

CLUB:.....

Cognome				Nome			
Data nascita			Luogo di nascita			Prov	
Indirizzo							
Città					CAP		Prov
Professione							
Cellulare				Tel			

CODICE FISCALE																				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E Mail																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N. FIVL	<input type="checkbox"/> DELTA	<input type="checkbox"/> PARA	ATTESTATO AeCI
DATA RILASCIO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	GIA SOCIO FIVL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ISCRIZIONE	<input type="checkbox"/> SOCIO PILOTA- 50 €	<input type="checkbox"/> ALLIEVO - 35 €	<input type="checkbox"/> AQUILONI - 15 €
ASSICURAZIONE : €..... (indicare il premio corrispondente alla combinazione prescelta)			

VERIFICARE LA CORRETTEZZA E LA COMPLETEZZA DEI DATI. IL MODULO DOVRA' ESSERE COMPILATO ANCHE IN CASO DI RINNOVO ISCRIZIONE: IN CASO CONTRARIO, LA PRATICA RESTERA' INEVASA

RICHIESTA ASSICURAZIONE

Il sottoscritto, conferma la volontà di stipulare il contratto di assicurazione e dichiara di conoscere ed accettare tutte le condizioni assicurative contenute nelle polizze Responsabilità Civile, Infortuni – Assistenza – Tutela Legale, nell'ambito della Convezione Contratta dalla FIVL a favore dei propri soci.

(Barrare la combinazione prescelta)

ASSICURAZIONE RCT						ASSICURAZIONE INFORTUNI (*)						
MONOPOSTO			MONO + BIPO			PILOTI			ALLIEVI			
X	Tipo	Premio	X	Tipo	Premio	X	Tipo	Premio	X	Tipo	Premio	
	A	50 €		L	360 €		P	135 €		U 8 MESI	1	40 €
	B	60 €		M	550 €		Q	230 €			2	80 €
	C	75 €		N	380 €		R	400 €			3	150 €
	D	100 €		O	250 €		V	150 €		U 4 MESI	1	25 €
	E	160 €									2	35 €
	F	180 €									3	70 €
	G	270 €		AQUILONISMO			SCUOLE - ISTRUTT.					
				1	15 €		T1	600 €		ATLETI NAZIONALE		
	H	350 €					T2	700 €				
	I	390 €					T3	150 €		S		280 €

(*) IN CASO DI POLIZZA INFORTUNIO INDICARE NOME DEL BENEFICIARIO:

Il contraente assicurato dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, l'allegato 7A sugli obblighi di comportamento degli intermediari, l'allegato 7B sull'informativa al contraente, l'offerta assicurativa, le condizioni di polizza integrali, tutte le informazioni necessarie per valutare l'adeguatezza del contratto nonché di aver compilato il questionario di valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta (art. 52 Regolamento ISVAP 5/2006).

DATA...../...../.....

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 23 d. Lgs. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali)

- Dà il consenso nega il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio alla clientela di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta riguardante prodotti o servizi dell'intermediario o di compagnie assicurative come indicato al punto c.1) del par. III dell'informativa.
- Dà il consenso nega il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta relativi a prodotti o servizi di terzi, eventualmente comunicando a questi ultimi i dati raccolti o elaborati per tutte quelle finalità a carattere commerciale e/o statistico lecite, come indicato al punto c. 2) del par. III dell'informativa.
- Dà il consenso nega il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità connesse a verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi dell'intermediario anche attraverso società di ricerche di mercato come indicato al punto c.3) del par.III dell'informativa.

DATA...../...../.....

FIRMA



Modulo Richiesta – Assicurazione

COGNOME.....NOME.....

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Come disposto dal Regolamento ISVAP n° 5/2006 art. 52, questo questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere. Con il presente documento desideriamo verificare se il contratto proposto risponde alle esigenze individuate e condivise con la FIVL.

1. È interessato alla Polizza per la copertura della Responsabilità Civile per:

PILOTI MONOPOSTO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la A, B,C, D, E, F, G, H, I)</small>	PILOTI MONO E BIPOSTO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la L, M, N, O. Per gli Istruttori di Scuole ns. assicurate anche T3)</small>	SCUOLA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la T1 e la T2)</small>
---	--	---

2. È interessato alla Polizza Infortuni in abbinamento alla polizza Responsabilità Civile per:

SOLO PILOTA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la B,C, D, E, F, G, H, I, L, M. Per gli Istruttori di Scuole ns. assicurate anche T3)</small>	PILOTA E PASSEGGERO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la L,M. Per gli Istruttori di Scuole ns. assicurate anche T3)</small>
SOLO PASSEGGERO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la N,O)</small>	ALLIEVO PILOTA durante le Attività di Scuola: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la U4, U8)</small>

3. A quali delle seguenti garanzie della polizza Infortuni è interessato?

PREMORIENZA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la B, C, D, E, G, I, L, M. Per gli Istruttori di Scuole ns. assicurate anche T3)</small>	INVALIDITÀ PERMANENTE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la B, C, D, E, F, G, H, I, L, M. Per gli Istruttori di Scuole ns. assicurate anche T3)</small>	
SPESE MEDICHE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la E, F, G, H, I, L, M)</small>	DIARIA DA RICOVERO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la E, F, G, H, I, L, M)</small>	DIARIA DA GESSO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(In caso di risposta affermativa le Comb.ni acquistabili sono la E, F, G, H, I, L, M)</small>

4. È a conoscenza che le nostre polizze prevedono numerose Prestazioni di Assistenza e una copertura di Tutela Legale per il Pilota?

ASSISTENZA PILOTA E PASSEGGERO TRAMITE CENTRALE OPERATIVA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(Per tutte le Combinazioni)</small>	COPERTURA DI TUTELA LEGALE PER IL PILOTA DURANTE L'ATTIVITÀ DI VOLO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(Per tutte le Combinazioni)</small>
---	---

5. Quali sono le esigenze e gli obiettivi che hanno motivato l'acquisto della copertura assicurativa?

Assenza di copertura assicurativa <input type="checkbox"/>	Integrazione di una copertura assicurativa esistente <input type="checkbox"/>
--	---

DICHIARAZIONE SULLA FINALITÀ DELLE INFORMAZIONI FORNITE

Il Contraente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa fornitagli

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto sulle mie esigenze assicurative

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Dichiaro di essere stato raggugliato dall'intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da me richiesta.

Data _____ Firma _____