

Valutazione delle richieste e dei requisiti

Assicurazione Subacquea Commerciale

Hai bisogno di una copertura assicurativa per le emergenze subacquee e gli infortuni personali?

☐ Sì ☐ No

Hai già una polizza assicurativa personale contro gli infortuni?

Le nostre polizze sono "secondarie", ovvero coprono un evento a meno che non si possieda un'altra polizza (considerata "primaria") che copra lo stesso rischio.

☐ Sì ☐ No

Che tipo di assicurazione subacquea stai cercando?

☐ Lesioni personali ☐ Responsabilità civile

Assicurazione Subacquea Professionale

Questionario Subacquea Commerciale

Completando il presente modulo, Lei ci consentirà di confermare per iscritto la possibilità di estendere la copertura assicurativa e a quale prezzo e condizioni. La polizza IDA standard relativa all'Assicurazione Subacquea Professionale copre i subacquei abilitati durante lo svolgimento della propria professione solo quando:

- a. addestrano o guidano subacquei
- b. svolgono attività subacquee in ambito archeologico, oceanografico, biologico o simili a supporto della ricerca scientifica o della formazione
- c. svolgono attività giornalistica diretta o di supporto per mezzi di comunicazione di massa per la realizzazione o la produzione di materiale scritto, fotografico, video o film

Non viene né può essere fornita alcuna copertura assicurativa per spese legali o di responsabilità civile che risultassero da qualsiasi altra attività o servizi subacquei professionali da Lei offerti o forniti.

Nel caso in cui ci vengano fornite informazioni e spiegazioni sufficienti, prenderemo in considerazione l'estensione della Sezione 1 della polizza (spese mediche per le emergenze subacquee e copertura per rimpatrio, morte e invalidità) alle Sue attività subacquee professionali.

Non estenderemo le sezioni 1 e 2 della polizza a favore di subacquei al lavoro presso strutture nucleari o chimiche.

Tutte le domande richiedono una risposta completa

1. Dati del richiedente/dei richiedenti

Nome e Cognome _____ DAN ID _____

Numero del passaporto o carta di identità _____ Data di nascita _____

Sito internet _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail _____

Indirizzo postale _____

Città _____ CAP _____

Paese _____

2. Informazioni sull'attività subacquea

Indichi i paesi e/o le acque territoriali dove farà immersioni:

Paese	Acque (territoriali)

Lavora come subacqueo freelance (lavoratore autonomo)? ☐ SI ☐ NO

Se ha selezionato "NO" indichi i dati del Suo datore di lavoro/impresa:

3. Esperienza subacquea

ESPERIENZA DI LAVORO IN SATURAZIONE

Nome dell'azienda	Totale ore in SAT

ESPERIENZA IN CAMPANA APERTA*

*elencare solo esperienze in sistemi conformi alle linee guida IMCA

Nome dell'azienda	Tempo di immersione totale in campana aperta

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Elmetti		Gas utilizzati	
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)	Aria	Miscele sintetiche
0 - 10 m			☐	☐
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m				

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Narghilè			
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)		
0 - 10 m				
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m			Gas utilizzati	
			Aria	Miscele sintetiche
			☐	☐

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Band Mask			
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)		
0 - 10 m				
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m			Gas utilizzati	
			Aria	Miscele sintetiche
			☐	☐

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Circuito aperto			
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)		
0 - 10 m				
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m			Gas utilizzati	
			Aria	Miscele sintetiche
			☐	☐

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

Elenco Band Mask utilizzati (come il KM-28)

Elenco elmetti utilizzati (come il KM-37)

4. Informazioni relative al Suo lavoro subacqueo

In quanto lavoratore subacqueo (dipendente o autonomo), descriva il tipo di lavoro che ha svolto lo scorso anno, una stima di quello che svolgerà il prossimo anno e le attrezzature e gli strumenti utilizzati nel suo lavoro:

Descriva il tipo di immersioni professionali di lavoro che:

	Ha svolto negli ultimi 12 mesi	Prevede di svolgere nei prossimi 12 mesi	Quali strumenti e attrezzature utilizza durante queste immersioni?
☐ Corsi / lezioni per attività subacquee commerciali			
☐ Piscina o acquario			
☐ Piscina o evacuazione da elicottero ammarato			
☐ Piscicoltura			
☐ Raccolta di molluschi, perle, corallo			
☐ Inshore (specificare)			
☐ Servizio militare			
☐ Servizio pubblico			
☐ Spettacoli ed eventi			

5. Danni subiti

Fornisca i dettagli relativi a eventuali incidenti, assicurati o meno, nei quali è rimasto coinvolto negli ultimi 10 anni.

Data	Dettagli del danno subito	Ammontare della perdita patrimoniale o del risarcimento pagato dall'Assicuratore

(se è necessario più spazio, si prega di usare un foglio separato)

6. Elenco delle certificazioni

La preghiamo di allegare le certificazioni e apporre il relativo segno di spunta sul modulo

	Certificazione	Allegare copia
☐	ELENCO dei certificati HSE e riconosciuti HSE	
☐	ELENCO dei certificati riconosciuti IMCA	
☐	ELENCO dei certificati riconosciuti IDSA	
☐	ELENCO dei certificati riconosciuti ADCI	
☐	Certificati di specialità e di primo soccorso come: corsi DMT, DAN, elisoccorso, sopravvivenza offshore, prove non distruttive, ecc.	
☐	Data di rilascio del più recente certificato medico; paese	
☐	Elenco di altre certificazioni riconosciute	

7. Dichiarazione

Ho letto il contenuto del presente questionario e dichiaro che le informazioni ivi fornite sono, per quanto di mia conoscenza e buona fede, esatte e complete, e che costituiranno la base del contratto tra il sottoscritto e International Diving Assurance Ltd. Confermo di aver comunicato tutte le circostanze rilevanti e accetto di leggere la polizza e di essere vincolato dai termini, condizioni, limitazioni ed esclusioni della stessa.

Le circostanze rilevanti sono i fatti suscettibili di influire sull'accettazione o sulla valutazione della presente proposta da parte dell'assicuratore ed è essenziale che vengano comunicate nella loro interezza. Se è in dubbio riguardo a una possibile circostanza rilevante, dovrebbe tutelarsi dichiarandola comunque, poiché il non farlo potrebbe invalidare la Sua polizza.

Periodo assicurativo _____

Nome del richiedente _____

Indirizzo e-mail del richiedente _____

Firma del richiedente _____

Data _____