

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:

- addestrano o guidano subacquei
- svolgono attività subacquee in ambito archeologico, oceanografico, biologico o simili a supporto della ricerca scientifica o della formazione
- 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)		
0 - 10 m			Aria <input type="checkbox"/>	Miscele sintetiche <input type="checkbox"/>
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			Gas utilizzati Aria <input type="checkbox"/> Miscele sintetiche <input type="checkbox"/>	
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m				

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Band Mask			
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)		
0 - 10 m			Gas utilizzati Aria <input type="checkbox"/> Miscele sintetiche <input type="checkbox"/>	
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m				

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

	Circuito aperto			
	Numero totale di immersioni	Tempo totale di immersione (min)		
0 - 10 m			Gas utilizzati Aria <input type="checkbox"/> Miscele sintetiche <input type="checkbox"/>	
10 - 20 m				
20 - 30 m				
30 - 40 m				
40 - 50 m				
Oltre i 50m				

ESPERIENZA CON SISTEMI ALIMENTATI DALLA SUPERFICIE

Elenco Band Mask utilizzati (come il KM-28)

Elenco elmetti utilizzati (come il KM-37)

6. Elenco delle certificazioni

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

	Certificazione	Allegare copia
<input type="checkbox"/>	ELENCO dei certificati HSE e riconosciuti HSE	
<input type="checkbox"/>	ELENCO dei certificati riconosciuti IMCA	
<input type="checkbox"/>	ELENCO dei certificati riconosciuti IDSA	
<input type="checkbox"/>	ELENCO dei certificati riconosciuti ADCI	
<input type="checkbox"/>	Certificati di specialità e di primo soccorso come: corsi DMT, DAN, elisoccorso, sopravvivenza offshore, prove non distruttive, ecc.	
<input type="checkbox"/>	Data di rilascio del più recente certificato medico; paese	
<input type="checkbox"/>	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 _____