



ACCIDENT & GENERAL INSURANCE COMPANY, LIMITED

Sede centrale: c/o Artex Risk Solutions (Cayman) Ltd., P.O. Box 10233, 171 Elgin Avenue Willow House, Cricket Square, George Town KY1-1002 Grand Cayman
(qui di seguito indicata come la Società)

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE A BREVE TERMINE CONTRO GLI INCIDENTI SUBACQUEI

Il presente Certificato descrive l'assicurazione contro gli Incidenti che la Società fornisce agli Assicurati. L'assicurazione è soggetta ai requisiti di idoneità e alla data di entrata in vigore della Polizza. Le indennità illustrate nel presente Certificato sono previste ai sensi della Polizza e a nome del Contraente specificati di seguito:

Numero della Polizza: G-2018-ST (la "Polizza")

Contraente: TRAVELER EMERGENCY MEDICAL SERVICES, LTD. (TEMS)

Conformità alle disposizioni di legge

Se le disposizioni della Polizza e del presente Certificato non sono conformi ai requisiti di qualsiasi legge o regolamento statale, provinciale o federale applicabile alla Polizza/Certificato, quest'ultima/o è automaticamente modificato/a ai fini della conformità ai requisiti della legge o del regolamento in questione. Se si stabilisce che questa Polizza non può essere acquistata dai residenti di determinati stati, province, Paesi o altre giurisdizioni, il Certificato può essere annullato e l'eventuale premio pagato può essere rimborsato.

La Domanda, la Polizza Generale, il Certificato e qualsiasi atto aggiuntivo allegato costituiscono l'intero contratto tra la Società e gli Assicurati. Il contratto può essere modificato, rinnovato o risolto senza preavviso o autorizzazione da parte di qualsiasi persona con un interesse beneficiario nella Polizza. Si prega di leggere attentamente il presente Certificato.

Questo piano non fornisce una copertura sanitaria totale e non è un'assicurazione medica completa. La copertura contempla unicamente gli Incidenti. La Polizza non fornisce alcuna copertura per le spese derivanti dall'assistenza medica fornita negli Stati Uniti.

Nota informativa sulle frodi: qualsiasi persona che, con l'intento di perpetrare una frode o di facilitarne consapevolmente la perpetrazione contro un assicuratore, presenta una domanda o una richiesta di indennizzo contenente una dichiarazione falsa o ingannevole può essere colpevole del reato di frode assicurativa secondo quanto determinato dal tribunale della giurisdizione competente.

OBBLIGO DI NOTIFICA

Se si contrae una malattia o si subisce una lesione fisica, è necessario rivolgersi immediatamente alla struttura medica di emergenza più vicina. In caso di Incidenti o Lesioni fisiche coperte dalla presente Polizza, si deve contattare immediatamente DAN World per confermare la copertura e ottenere una garanzia di pagamento affinché sia prestato qualsiasi servizio medico. Se le circostanze impediscono di contattare DAN World immediatamente, occorre notificare DAN World appena possibile, in base alle circostanze particolari.

ASSISTENZA GLOBALE IN CASO DI EMERGENZA

In caso di Incidente subacqueo incluso nella copertura, si deve contattare immediatamente la Centrale d'Emergenza globale del DAN al numero +1.919.684 9111. Questo servizio è svolto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno da medici e altri professionisti sanitari del DAN in grado di fornire assistenza in caso di emergenza. Si accettano chiamate a carico del destinatario da tutto il mondo.

INDICE

DEFINIZIONI	3
IDONEITÀ E DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE	6
INDENNITÀ	7
PROGRAMMA DELLE INDENNITÀ	8
TRASPORTO MEDICO E ASSISTENZA SANITARIA	9
ASSICURAZIONE MEDICA CONTRO GLI INCIDENTI	11
RICERCA E RECUPERO	10
MORTE ACCIDENTALE E INVALIDITÀ PERMANENTE	13
INDENNITÀ AGGIUNTIVE.....	13
ESCLUSIONI	14
CONDIZIONI GENERALI	16
DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI INDENNIZZO	17

DEFINIZIONI

INCIDENTE indica un evento improvviso, imprevisto e inatteso che si verifica senza alcun atto intenzionale o azione compiuta da parte dell'Assicurato per causare o contribuire a tale evento improvviso, imprevisto o inatteso.

EMBOLIA GASSOSA ARTERIOSA (EGA) indica segni e sintomi dovuti all'ingresso di gas nel sistema arterioso come risultato di un eccesso di pressione delle strutture corporee contenenti gas durante un'immersione inclusa nella copertura.

CERTIFICATO si riferisce al presente documento (e al Programma delle indennità) rilasciato all'Assicurato e attestante la copertura ai sensi della Polizza.

SUBACQUEO COMMERCIALE è un sub che, utilizzando un autorespiratore o una fonte d'aria proveniente dalla superficie, svolge attività subacquee per una struttura commerciale e riceve una retribuzione o qualche altra forma di compenso per i servizi resi. Le attività dei Subacquei commerciali includono, a puro titolo esemplificativo, costruzione, ispezione, ricerca e recupero, salvataggio, riparazione e raccolta o pesca di prodotti ittici. I Subacquei commerciali non comprendono i sub professionisti, i fotografi e videografi subacquei, gli scienziati e coloro che conducono attività di ricerca o prestano servizio come volontari.

SOCIETÀ si riferisce a Accident & General Insurance Company, Ltd., la presente compagnia assicurativa. A scopo amministrativo, "Società" può includere l'amministratore autorizzato che agisce per conto della stessa.

IMMERSIONE o ATTIVITÀ SUBACQUEA INCLUSA NELLA COPERTURA significa:

1. apnea, snorkeling e/o immersione con autorespiratore a scopo ricreativo, oppure formazione per il conseguimento di un brevetto subacqueo o di apnea; oppure
2. immersione in qualità di istruttore subacqueo, divemaster o fotografo/videografo subacqueo; oppure
3. immersione subacquea a fini di ricerca sotto l'egida e in conformità alle linee guida sulla sicurezza in materia dell'American Academy of Underwater Scientists (AAUS [Accademia americana degli scienziati subacquei]), della Canadian Academy of Underwater Scientists (CAUS [Accademia canadese degli scienziati subacquei]) o di un gruppo il cui protocollo scritto di ricerca subacquea presenti requisiti equivalenti o più rigorosi rispetto a quelli dell'AAUS o della CAUS; oppure
4. immersione in qualità di volontario a sostegno di progetti di conservazione o ripristino degli habitat marini.

Un'Immersione inclusa nella copertura comincia al momento dell'entrata in acqua e termina al momento dell'uscita dall'acqua. Per rientrare nella definizione di Immersione inclusa nella copertura, un'immersione deve cominciare durante il periodo di vigenza dell'assicurazione e l'Assicurato deve immergersi entro i limiti della propria formazione, secondo quanto definito dall'agenzia didattica che ha rilasciato il brevetto.

INCIDENTE SUBACQUEO INCLUSO NELLA COPERTURA indica un incidente, una patologia da decompressione (PDD) o qualsiasi lesione fisica avvenuta in acqua come risultato di un'Immersione inclusa nella copertura, indipendentemente dalla profondità.

ASSISTENZA NON MEDICA si riferisce a cure:

1. prestate principalmente per il sostentamento dell'Assicurato; ed
2. essenzialmente destinate all'assistenza dell'assicurato nello svolgimento delle attività quotidiane.

L'Assistenza non medica non include le cure prestate principalmente per il loro valore terapeutico nel trattamento della Lesione fisica.

PATOLOGIA DA DECOMPRESSIONE (PDD) si riferisce sia alla malattia da decompressione (MDD) sia all'embolia gassosa arteriosa (EGA). Questa malattia deve essere una diretta conseguenza dell'Immersione inclusa nella copertura svoltasi durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione.

MALATTIA DA DECOMPRESSIONE (MDD) indica segni e sintomi derivanti dal gas in soluzione nei tessuti che ritorna alla forma gassosa generando bolle all'interno del corpo durante la depressurizzazione come conseguenza di un'immersione inclusa nella copertura.

TRATTAMENTO E PROCEDURE ELETTIVI si riferisce a qualsiasi trattamento medico o procedura chirurgica non necessaria dal punto di vista medico, tra cui qualsiasi servizio, trattamento o fornitura che un'autorità governativa federale, statale o locale, oppure la Società, ritiene finalizzata alla ricerca o alla sperimentazione o che non viene riconosciuta come prassi medica generalmente accettata.

OSPEDALE si riferisce a un'istituzione che soddisfa tutti i seguenti requisiti:

1. deve operare in conformità alle disposizioni di legge;
2. deve fornire ai pazienti assistenza medica, diagnosi e trattamento 24 ore su 24 in modalità di ricovero;
3. deve fornire strutture diagnostiche e chirurgiche supervisionate da Medici;
4. deve disporre di assistenza infermieristica professionale 24 ore su 24 e
5. le cure devono essere prestate nei locali dell'Ospedale o in strutture la cui disponibilità per l'Ospedale stesso è stata predisposta.

Un Ospedale non è: una struttura di riposo, convalescenza, assistenza a lungo termine, riabilitazione o altra assistenza infermieristica; una struttura che tratti principalmente malattie mentali, alcolismo o tossicodipendenza (o qualsiasi reparto, ala o altra sezione dell'ospedale utilizzata a tale scopo); o una struttura che fornisca cure palliative (o ala, reparto o altra sezione di un ospedale utilizzata a tale scopo).

CAMERA IPERBARICA indica un ambiente sottoposto a pressione approvato per la ricompressione delle vittime di incidenti subacquei e/o l'uso di ossigenoterapia iperbarica, specificamente a fini di ricompressione in caso di EGA o MDD.

FAMILIARE STRETTO si riferisce a un Assicurato o al coniuge, ai figli, ai fratelli, alle sorelle e ai genitori o suoceri dell'Assicurato o del coniuge dell'Assicurato; nonché ai coniugi dei figli, dei fratelli, delle sorelle dell'Assicurato o del coniuge dell'Assicurato, sia consanguinei, sia acquisiti mediante matrimonio o adozione.

LESIONE FISICA indica una lesione o danno corporale (non include lesioni/danni mentali o emozionali) dovuto a un Incidente subacqueo incluso nella copertura che non sia stato indotto da una malattia, patologia, infezione, infermità fisica o qualsiasi altra condizione fisica anormale e che (i) richiede la valutazione e il trattamento da parte di un Medico; e (ii) si verifica durante il periodo di vigenza della Polizza dell'infortunato. Tutte le lesioni fisiche subite da una persona in un dato Incidente, comprese le condizioni correlate e i sintomi ricorrenti derivati da tali lesioni, sono considerate come un'unica lesione fisica.

PAZIENTE RICOVERATO indica un Assicurato ammesso alla degenza registrata in un Ospedale per il quale vengono sostenute spese di vitto e alloggio.

ASSICURAZIONE si riferisce alla copertura fornita a un Assicurato ai sensi della Polizza.

ASSICURATO definisce un individuo avente diritto a una copertura ai sensi della Polizza.

UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA si riferisce a un reparto separato di un Ospedale riservato ai pazienti in condizioni critiche o gravi che richiedono assistenza infermieristica altamente specializzata e osservazione audiovisiva costante o stretta e frequente. L'Unità di terapia intensiva deve fornire ai pazienti:

1. vitto e alloggio;

2. assistenza infermieristica da parte di infermieri che lavorano esclusivamente nell'unità; e
3. apparecchiature e forniture speciali destinate principalmente all'uso interno.

NECESSARIO DAL PUNTO DI VISTA MEDICO si riferisce a un servizio o una fornitura che il Medico curante ritiene:

1. adeguata e necessaria per i sintomi, la diagnosi o la cura e il trattamento diretti di una Lesione fisica o Malattia;
2. fornita per i sintomi, la diagnosi o la cura e il trattamento diretti di una Lesione fisica o Malattia;
3. che rientra negli standard di buona pratica medica all'interno della comunità medica organizzata;
4. che non è somministrata principalmente per la convenienza dell'Assicurato, del Medico dell'Assicurato o di un altro fornitore; e
5. rappresenta la fornitura o il livello di servizio più adeguato che possa essere prestato in sicurezza.

Nel caso di degenze ospedaliere, ciò significa che è necessaria un'assistenza intensiva in regime di ricovero a causa del tipo di servizio che l'Assicurato riceve o della gravità delle Sue condizioni e che un trattamento ambulatoriale non sarebbe adeguato a curare in modo efficace l'Assicurato.

INFERMIERE si riferisce a un infermiere abilitato (IA), infermiere professionale (IP) o infermiere specializzato (IS) oppure a un operatore sanitario che fornisce servizi infermieristici ed è abilitato o certificato a fornire tali servizi nel Paese o giurisdizione in cui essi sono prestati.

ALTRA ASSICURAZIONE si riferisce a un'assicurazione fornita mediante altra polizza, piano di previdenza o regime di pagamento anticipato (compresi, a titolo puramente esemplificativo, i piani di previdenza Blu Cross o Blu Shield), indipendentemente dal fatto che l'altra assicurazione sia fornita a individui, famiglie o gruppi oppure attraverso un datore di lavoro, sindacato o appartenenza a un'associazione. Se l'assicurazione è stipulata sulla base della fornitura del servizio, ai fini di questa definizione, l'importo deve essere pari al costo dei servizi potenzialmente prestati in assenza dell'assicurazione. Altra assicurazione indica anche la copertura per la responsabilità civile, compresa quella fornita dalle polizze auto.

TRATTAMENTO AMBULATORIALE definisce servizi e forniture Necessari dal punto di vista medico forniti a un Assicurato nell'ambulatorio del Medico o nel reparto per le cure ambulatoriali dell'Ospedale per i quali non vengono sostenute spese di vitto e alloggio.

MEDICO si riferisce a un professionista sanitario provvisto di debita autorizzazione che agisce nell'ambito dell'autorizzazione in questione e presta cure o trattamenti a un Assicurato, tra cui:

1. un medico autorizzato a fornire servizi medici ed eseguire interventi di chirurgia generale; o
2. qualsiasi altro medico i cui servizi, ai sensi della legge nella giurisdizione in cui sono prestati, devono essere coperti dalla Polizza.

Il termine Medico non comprende Familiari stretti né compagni di viaggio o dipendenti, soci o affiliati dell'Assicurato.

POLIZZA indica il contratto stipulato da Traveler EMS che fornisce le indennità ivi specificate.

CONDIZIONE PREESISTENTE definisce una malattia, patologia o altra condizione per la quale è stato raccomandato o ricevuto un parere medico, una diagnosi, una cura o un trattamento da parte di un Medico durante il periodo di sei (6) mesi immediatamente precedente alla data di entrata in vigore della Polizza dell'Assicurato, tra cui:

1. qualsiasi raccomandazione di eseguire un test diagnostico, esame o trattamento medico; o

2. condizioni per le quali l'Assicurato ha assunto o ricevuto una prescrizione di farmaci o medicinali;
3. una condizione per la quale esistevano dei sintomi che avrebbero indotto una persona ordinariamente prudente a ottenere una diagnosi o un trattamento prima di intraprendere un viaggio o una vacanza sub.

Il punto (2) della presente definizione non si applica a una condizione trattata o controllata esclusivamente attraverso l'assunzione di farmaci o medicinali prescritti e che si mantiene trattata o controllata senza alcun aggiustamento o modifica della necessaria prescrizione per tutto il periodo di sei (6) mesi precedente all'entrata in vigore della copertura ai sensi della presente Polizza.

RAGIONEVOLE E NELLA NORMA indica un onere non superiore al costo ordinario per il trattamento medico necessario nella località in cui viene ricevuto. La natura e la gravità della Lesione fisica o Malattia interessata saranno tenute in conto dalla Società.

MALATTIA indica una malattia o patologia fisica dovuta a un Incidente subacqueo incluso nella copertura che:

1. richiede valutazione e trattamento da parte di un Medico;
2. insorge durante il periodo di vigenza dell'assicurazione; e
3. nei casi in cui l'indennità è subordinata all'incapacità dell'Assicurato di immergersi, secondo il parere di un Medico che sconsiglierebbe all'Assicurato di immergersi durante un viaggio.

NOI, CI o NOSTRO/A si riferisce alla compagnia assicurativa menzionata nel presente Certificato.

SUO/A e SUE/SUOI si riferisce all'Assicurato.

IDONEITÀ

I seguenti soggetti sono idonei ai fini di questa assicurazione:

Individui di età compresa tra 8 e 75 anni che stanno seguendo un corso o hanno conseguito un brevetto di immersione in apnea o con autorespiratore. Il Contraente può, a sua totale discrezione, concedere una deroga scritta per il limite di età a persone che hanno più di 75 anni. In tali casi, alla persona potrebbe essere chiesto di fornire un certificato medico, emesso da un medico esperto in medicina iperbarica e accettabile per il Contraente, che dichiara il soggetto idoneo alle attività subacquee (il Contraente indicherà se ciò è necessario al momento dell'iscrizione).

DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

La copertura entrerà in vigore nel momento in cui la persona viene dichiarata idonea, compila i moduli di iscrizione necessari, corrisponde il premio richiesto ed è approvata dal Contraente. Sarà inviata una notifica dell'avvenuta approvazione all'indirizzo di posta elettronica fornito dall'Assicurato.

DATA DI TERMINE DELL'ASSICURAZIONE

La copertura termina automaticamente alla scadenza del termine per il quale è stato pagato il premio (vedere Periodo di copertura nel Programma delle indennità). La risoluzione della Polizza non influisce su una richiesta di indennizzo per danni avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione e prima della data di termine della stessa.

MASSIMALE DELL'ASSICURAZIONE

L'importo massimo da Noi corrisposto per tutti gli Oneri inclusi nella copertura derivanti da una Lesione fisica o Malattia subita da un qualsiasi Assicurato è pari a 200.000 USD, indipendentemente dal numero di Incidenti o malattie che si verificano o dal

numero di richieste di indennizzo presentate. Tale massimale unico si applica anche se l'Assicurato è coinvolto in più Incidenti verificatisi durante più Periodi di copertura. È possibile che a determinate indennità siano applicati massimali inferiori secondo i punti contemplati nel Programma delle indennità.

INDENNITÀ

La presente Assicurazione a breve termine DAN contro gli incidenti subacquei è fornita dalla Società a ciascun Assicurato. Alla ricezione della conferma da parte del Contraente che la Sua iscrizione è stata accettata, l'Assicurato diviene idoneo alle indennità ivi descritte. La Società corrisponderà tali indennità in base ai termini, alle condizioni e ai massimali contenuti nel presente documento. L'importo pagabile per le spese sostenute per tutte le indennità non supererà i 200.000 USD. È possibile che a determinate indennità siano applicati massimali inferiori secondo i punti contemplati nel Programma delle indennità.

Tutte le indennità di Trasporto medico di emergenza e Assistenza di viaggio devono essere predisposte e approvate in anticipo dal Contraente affinché siano idonee per la copertura e tutta l'organizzazione del viaggio deve essere coordinata attraverso DAN World. La Polizza non fornisce copertura per le spese derivanti dall'assistenza medica fornita negli Stati Uniti.

COPERTURA TERRITORIALE

La Polizza fornisce copertura in tutto il mondo. Non viene fornita alcuna copertura ai residenti nei seguenti Paesi o per danni che si verificano nei loro territori: Afghanistan, Iran, Iraq, Corea del Nord, Somalia, Siria o Yemen. La lista dei Paesi esclusi può essere aggiornata in qualsiasi momento dal Contraente.

PROGRAMMA DELLE INDENNITÀ

Descrizione dell'indennità (derivante esclusivamente da Incidente subacqueo)	Altri termini e condizioni (Submassimali)	Massimale complessivo
Evacuazione medica di emergenza	100.000 USD – Massimale combinato	Massimale complessivo per sinistro di 200.000 USD
Rimpatrio necessario dal punto di vista medico		
Assicurazione medica contro gli incidenti – Solo Immersione inclusa nella copertura	100.000 USD Per gli Oneri inclusi nella copertura, i massimali e le esclusioni, consultare la	
Morte accidentale e invalidità permanente	10.000 USD	
Rimpatrio della salma	5.000 USD	
Ricerca e recupero	10.000 USD	
Spese extra per trasporto e alloggio	3.000 USD	
Perdita di attrezzatura subacquea	2.000 USD	
Miscele e rebreather	Inclusi	
Apnea, immersioni con autorespiratore, immersioni in grotta, immersioni sotto il ghiaccio	Inclusi	
DAN TravelAssist – Servizi di assistenza di viaggio	Inclusa	
NOTA: IL MASSIMALE COMPLESSIVO PER L'EVACUAZIONE MEDICA DI EMERGENZA E LE SPESE MEDICHE DERIVANTI DA UN'IMMERSIONE INCLUSA NELLA COPERTURA È DI 200.000 USD		
Trasporto medico extra	Per tali indennità extra è opportuno richiedere informazioni sull'abbonamento annuale e l'assicurazione DAN	
Trasporto medico al Paese di residenza		
Visita di un familiare o amico		
Rientro del compagno di viaggio		
Rientro di un minore a carico		
Rientro del veicolo		
Responsabilità civile		
Assicurazione medica – Non subacquea		
Assicurazione medica – Sport acquatici diversi dall'attività subacquea		
Invalidità permanente e totale		
Perdita di attrezzatura subacquea		
Cancellazione della vacanza sub		
Interruzione della vacanza sub		

TRASPORTO MEDICO E ASSISTENZA SANITARIA

INFORMAZIONE E ASSISTENZA SANITARIA 24 ORE SU 24 IN TUTTO IL MONDO

La Centrale d'Emergenza del DAN, gli specialisti di informazione medica e i rappresentanti dell'assistenza clienti sono disponibili 24 ore su 24 per fornire all'Assicurato assistenza, segnalazioni e consulenza in caso di Incidente subacqueo incluso nella copertura. DAN World offrirà assistenza nell'organizzazione della risposta a un'emergenza medica, intraprendendo tale azione nella misura in cui Noi, in consulto con il personale medico sul posto, determineremo che ciò sia nel miglior interesse dell'Assicurato, tra cui, a titolo puramente esemplificativo: (i) raccomandare o garantire la disponibilità dei servizi di un Medico locale (ove possibile); (ii) organizzare i trattamenti in camera iperbarica o il ricovero in Ospedale; e (iii), nei casi in cui sia Necessario dal punto di vista medico, organizzare il trasporto medico.

TRASPORTO MEDICO

In seguito alla ricezione della debita prova che l'Assicurato ha subito un Incidente subacqueo incluso nella copertura e che tale condizione richiede un'Evacuazione di emergenza o un Trasporto necessario dal punto di vista medico, Noi pagheremo le Spese previste dalla copertura fino al Massimale complessivo per l'evacuazione o il trasferimento in questione.

EVACUAZIONE DI EMERGENZA si riferisce a una situazione in cui l'assistenza medica locale non è disponibile e la condizione medica dell'Assicurato, nonché la Necessità dal punto di vista medico, impongono il trasporto immediato dal luogo in cui si è verificato l'Incidente subacqueo incluso nella copertura all'Ospedale o alla struttura sanitaria più vicina in cui sia possibile ricevere cure mediche, trattamento o valutazione adeguata. L'Evacuazione di emergenza non include i tentativi di localizzare un subacqueo infortunato la cui posizione sia sconosciuta, né i tentativi di salvare tale persona da una situazione pericolosa o in un luogo inaccessibile da parte del personale medico di emergenza. L'Evacuazione di emergenza può avere luogo solo dopo che l'Assicurato si trovi in un luogo accessibile da parte del personale medico di emergenza senza rischio di lesione fisica o danno al personale in questione o alle apparecchiature da esso utilizzate.

TRASPORTO NECESSARIO DAL PUNTO DI VISTA MEDICO significa che, in seguito al trattamento o alla valutazione presso l'Ospedale o struttura sanitaria più vicina e all'assenza di assistenza locale adeguata, diventa Necessario dal punto di vista medico il trasporto a un Ospedale o una struttura sanitaria diversa per ulteriori cure, trattamenti o valutazioni.

RIMPATRIO PER ULTERIORI CURE indica che, quando un Assicurato subisce un Incidente subacqueo incluso nella copertura per il quale si rende necessaria l'Evacuazione di emergenza o il Trasporto necessario dal punto di vista medico e, in seguito alla somministrazione delle cure iniziali, l'Assicurato è ritenuto idoneo dal punto di vista medico al trasporto a un altro Ospedale o struttura medica per ulteriori cure, trattamenti o valutazioni, Noi pagheremo, entro i limiti del Massimale complessivo, le Spese incluse nella copertura per il trasporto a un Ospedale o struttura medica situata:

1. vicino alla residenza dell'Assicurato; o
2. vicino alla località in cui l'Assicurato vive e/o lavora al momento dell'Incidente subacqueo incluso nella copertura.

Qualsiasi Rimpatrio per ulteriori cure deve essere intrapreso a discrezione esclusiva del Contraente in consulto con il Medico curante dell'Assicurato.

TRASPORTO si riferisce a qualsiasi mezzo terrestre, acquatico o aereo necessario a trasferire l'Assicurato durante il trasporto medico, il trasferimento, l'evacuazione o il rimpatrio. Il Trasporto deve essere reso necessario dalle circostanze, consigliato dal personale medico locale e approvato dal Contraente.

Il Trasporto può includere, a puro titolo esemplificativo, aerei ambulanza, ambulanze terrestri, veicoli a motore privati, imbarcazioni, aerolinee commerciali o treni (a seconda delle circostanze). DAN World organizzerà il Trasporto utilizzando la modalità più adatta in base alla gravità delle condizioni del paziente. Tutte le decisioni in merito alla modalità di Trasporto e alla destinazione finale saranno basate esclusivamente su fattori medici. Non copriremo eventuali spese per servizi forniti da terzi senza alcun costo per l'Assicurato.

SPESE INCLUSE NELLA COPERTURA si riferisce al costo del Trasporto e agli oneri Ragionevoli e nella norma per trattamenti medici, servizi medici e forniture sanitarie che: (i) siano necessariamente sostenuti in relazione al Trasporto medico di emergenza dell'Assicurato; o (ii) soddisfino gli standard di prassi medica generalmente accettati; e (iii) siano richiesti da un Medico ed eseguiti nell'ambito delle sue cure, della sua supervisione o dei trattamenti prescritti, oppure siano richiesti dai regolamenti standard del mezzo usato per il trasporto dell'Assicurato.

Ai fini della copertura, tutta l'organizzazione del Trasporto effettuata per trasferire l'Assicurato deve avvenire con il mezzo più diretto ed economico e deve essere predisposta in anticipo da DAN World. Non forniremo il Trasporto alla residenza dell'Assicurato se sono presenti strutture sanitarie più vicine in grado di soddisfare le Sue necessità mediche.

Limitazione speciale: nel caso in cui non sia possibile contattare DAN World affinché organizzi l'Evacuazione di emergenza, le indennità sono limitate all'importo che la Società avrebbe pagato se quest'ultima o il suo rappresentante autorizzato fossero stati contattati.

RIMPATRIO DELLA SALMA

In seguito alla ricezione della debita prova del decesso dell'Assicurato, corrisponderemo, fino al relativo Submassimale, le spese sostenute per il trasporto e rimpatrio della salma nel Paese di residenza dell'Assicurato ai fini della sepoltura. Le Spese incluse nella copertura comprendono, a titolo puramente esemplificativo, imbalsamazione, cremazione, autorizzazioni governative necessarie, attrezzature funerarie e Trasporto. Le spese relative all'uso di un aereo ambulanza per il Rimpatrio della salma sono espressamente escluse.

RICERCA E RECUPERO

RICERCA E RECUPERO

In seguito alla ricezione della debita prova che l'Assicurato è scomparso durante un'Immersione inclusa nella copertura e la guardia costiera, la polizia locale o altri servizi nazionali o internazionali responsabili della sicurezza in mare e/o delle operazioni di ricerca e recupero hanno intrapreso una ricerca nell'intento di salvargli la vita, Noi forniremo supporto per le ricerche in questione e pagheremo, fino al relativo Submassimale, le spese correlate a tale attività. Il rimborso sarà limitato esclusivamente ai costi sostenuti da organizzazioni specificamente addestrate e autorizzate a intraprendere operazioni di ricerca e recupero. Non sarà corrisposta alcuna indennità per spese che l'Assicurato non deve sostenere obbligatoriamente o per oneri addebitati esclusivamente a causa dell'esistenza dell'indennità in questione.

INDENNITÀ DI ASSICURAZIONE MEDICA CONTRO GLI INCIDENTI

In seguito alla ricezione della debita prova che l'Assicurato ha sostenuto oneri per il trattamento di una Lesione fisica dovuta a un Incidente subacqueo incluso nella copertura, Noi corrisponderemo gli Oneri inclusi nella copertura descritti di seguito soggetti ai termini, alle condizioni e alle esclusioni ivi contenute e fino al Massimale complessivo.

ONERI INCLUSI NELLA COPERTURA si riferisce alle spese ammissibili per i servizi, le forniture, le cure o il trattamento Necessari dal punto di vista medico in seguito a un Incidente subacqueo incluso nella copertura. L'incidente deve avvenire durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione. Le spese ammissibili devono essere state sostenute entro un periodo di trecentosessantacinque (365) giorni dall'Incidente. La Lesione fisica o la Malattia deve insorgere per la prima volta dopo la partenza per il viaggio e durante il periodo di vigenza della Polizza.

I servizi medici, le forniture, le cure o i trattamenti devono essere prescritti, eseguiti o richiesti da un Medico o altro professionista sanitario approvato, prima del trattamento prestato, da Noi o dal Nostro agente designato. Gli oneri per tali servizi, forniture, cure o trattamenti devono essere Ragionevoli e nella norma. Non saranno corrisposti oneri che superino il Massimale complessivo.

Su Nostra richiesta, l'Assicurato deve presentarsi, a Nostre spese, alle visite da parte di medici di Nostra scelta con la frequenza da Noi ragionevolmente richiesta.

Gli Oneri inclusi nella copertura comprendono le spese ragionevoli e necessarie sostenute per quanto segue:

1. Oneri per trattamenti in camera iperbarica fino a un massimo di tre (3) trattamenti per Incidente subacqueo incluso nella copertura. Qualsiasi trattamento oltre i tre (3) previsti deve essere approvato da DAN World, o da un suo delegato, e può richiedere una valutazione da parte di un professionista sanitario designato da DAN World.

2. Onorari del Medico per il trattamento in camera iperbarica, le cure mediche e le operazioni chirurgiche.

3. Spese di ambulanza per il trasporto mediante un servizio di ambulanza professionale via terra, aria o mare all'Ospedale o alla camera iperbarica più vicina dove possano essere somministrate le cure o i trattamenti appropriati. Qualsiasi trasporto che coinvolga un servizio di ambulanza aereo o marittimo deve essere approvato in anticipo dal Contraente o da un suo delegato.

4. Addebiti ospedalieri per:

- a. vitto e alloggio;

- b. assistenza infermieristica generale, compreso il trattamento in camera iperbarica;

- c. altri servizi e forniture per il paziente ricoverato o ambulatoriale (ciò non include oneri per servizi professionali prestati presso l'Ospedale da non dipendenti); e

- d. ricovero presso un'Unità di terapia intensiva per il periodo prescritto da un Medico e a causa di una Lesione fisica che necessita di trattamento medico e infermieristico speciale, ossia non fornito nella prassi ordinaria ad altri pazienti ricoverati nell'Ospedale.

L'indennità giornaliera di vitto e alloggio pagabile per il ricovero in Ospedale corrisponde alla tariffa media di una stanza semi-privata presso l'Ospedale in cui avviene il ricovero. Se l'Ospedale in questione dispone solo di camere private, l'indennità giornaliera sarà pari al sessanta per cento (60%) della tariffa della camera privata. L'indennità giornaliera di vitto e alloggio per l'Unità di terapia intensiva pagabile per ciascun giorno di ricovero in detta Unità equivarrà al doppio dell'indennità giornaliera della degenza ordinaria dell'Ospedale.

5. Oneri per la fornitura di ossigenoterapia.

6. Altri oneri ammissibili tra cui:

- a. Oneri chirurgici ambulatoriali per i necessari servizi e forniture se:
 - i. gli oneri sono dovuti a intervento chirurgico;
 - ii. le indennità per tali oneri sarebbero state pagabili se l'intervento chirurgico fosse stato eseguito in un Ospedale; e
 - iii. tale intervento chirurgico viene eseguito in un centro chirurgico ambulatoriale che opera entro l'ambito della propria autorizzazione all'esecuzione dello stesso.

- b. Onorari del chirurgo per l'esecuzione delle procedure chirurgiche.

- c. Spese per l'anestesia e la relativa somministrazione, quando non incluse negli oneri dell'Ospedale.

- d. Oneri per servizi infermieristici, fisioterapia e terapia occupazionale per:
 - i. assistenza infermieristica privata prestata da un Infermiere;
 - ii. trattamento da parte di un fisioterapista abilitato; e
 - iii. trattamento da parte di un terapista occupazionale abilitato.

- e. Oneri radiologici e di laboratorio per radiografie, trattamenti radiologici ed esami di laboratorio a fini diagnostici.

- f. Oneri per forniture mediche relative a:
 - i. gesso, stecche, cinture medico-chirurgiche, tutori, stampelle e medicazioni chirurgiche;
 - ii. protesi visive e arti artificiali per l'iniziale sostituzione degli organi e degli occhi naturali amputati o rimossi durante il periodo di vigenza dell'assicurazione; e
 - iii. noleggio di sedie a rotelle azionate manualmente e letti di ospedale, apparecchiature per ossigenoterapia e altre apparecchiature mediche utilizzate esclusivamente dall'Assicurato per il trattamento della Lesione fisica. La Società, a propria discrezione, può approvare l'acquisto di tali articoli.

**MASSIMALE DEGLI ONERI INCLUSI NELLA COPERTURA
SECONDA OPINIONE**

Se, in seguito a discussioni con il Medico curante, DAN World nutre dubbi o intende porre domande circa il piano di trattamento raccomandato per una Lesione fisica o Malattia, o se tale piano si discosta dallo standard di cure mediche riconosciuto della Lesione fisica o Malattia da cui è affetto l'Assicurato, il Contraente, a proprie spese, ha il diritto di ottenere una seconda opinione e sottoporre a visita l'Assicurato con la frequenza necessaria mentre il trattamento è in atto o in corso. Sebbene l'Assicurato non sia soggetto ad alcun obbligo di seguire le raccomandazioni ottenute in seguito alla seconda opinione in questione, questi ha il dovere di presentarsi alle visite del medico designato dal Contraente per una valutazione e presentazione del piano di trattamento consigliato. Se l'Assicurato non si presenta o rifiuta una visita per una seconda opinione, l'indennità pagabile ai sensi della presente Polizza può essere ridotta o negata nel caso in cui l'Assicurato scelga un piano di trattamento che il Contraente ritiene incongruente rispetto allo standard terapeutico riconosciuto per la Lesione fisica o Malattia per la quale è stato trattato.

RIFIUTO DI ACCETTARE UN TRATTAMENTO MEDICO

Se l'Assicurato affetto da una Lesione fisica o Malattia si presenta per ricevere cure mediche e successivamente rifiuta il trattamento, l'indennità disponibile ai sensi del presente piano per qualsiasi trattamento successivo riguardante la stessa Lesione fisica o Malattia può essere ridotta o negata in base alle circostanze. Qualsiasi aggravamento della Lesione fisica o Malattia risultante dal ritardo nella somministrazione del trattamento non sarà coperto.

INDENNITÀ PER MORTE ACCIDENTALE E INVALIDITÀ PERMANENTE

Pagheremo l'indennità indicata nella seguente tabella in seguito alla ricezione della debita prova che l'Assicurato ha subito una delle Invalidità permanenti ivi elencate in conseguenza di un Incidente subacqueo incluso nella copertura. Tale Invalidità deve verificarsi entro 365 giorni dall'Incidente subacqueo incluso nella copertura. L'indennità pagabile per questa Invalidità sarà pari all'importo dichiarato a fronte della stessa. Se si subisce più di un'Invalidità permanente in conseguenza di un Incidente subacqueo incluso nella copertura, sarà corrisposto solo l'importo maggiore. L'Importo è indicato nel Programma delle indennità.

Tabella delle Invalidità permanenti

Per la perdita di:	Pagamento:
Vita	Importo
Entrambe le mani o entrambi i piedi o la vista da entrambi gli occhi	Importo
Una mano e un piede	Importo
Una mano o un piede e la vista da un occhio	Importo
Una mano o un piede	Metà dell'Importo
La vista da un occhio	Metà dell'Importo

Il termine "Perdita" ivi impiegato significa:

1. riguardo alla mano e al piede, amputazione effettiva in corrispondenza o al di sopra del polso o dell'articolazione della caviglia; e
2. riguardo agli occhi, la perdita totale e irrecuperabile della vista.

La perdita della vita deve essere dimostrata da un certificato di morte o altra prova o documentazione simile ritenuta da Noi accettabile.

INDENNITÀ PER TRASPORTO EXTRA

In seguito alla ricezione della debita prova che l'Assicurato non ha potuto utilizzare il Suo biglietto originale per il viaggio di ritorno a causa di un ritardo causato da un Incidente subacqueo incluso nella copertura, Noi pagheremo, fino al relativo Submassimale, un indennizzo di trasporto extra per il viaggio di ritorno. Il ritardo deve essere confermato dal parere del Medico curante e l'Assicurato Ci deve fornire una copia dell'indicazione notificata dal Medico in questione. L'indennità pagabile equivale alla differenza tra un nuovo biglietto (della stessa classe originariamente prenotata) e il valore rimanente del biglietto originale.

INDENNITÀ PER ALLOGGIO EXTRA

In seguito alla ricezione della debita prova del ritardo del rientro a casa dell'Assicurato, confermata dal parere scritto del Medico curante in conseguenza di un Incidente subacqueo incluso nella copertura, pagheremo, fino al relativo Submassimale, un'indennità per l'alloggio extra. L'indennità decorre dal primo giorno successivo alla data in cui era previsto in origine il rientro a casa dell'Assicurato. Questi deve fornire le fatture o le ricevute delle spese effettive e una copia dell'indicazione notificata dal Medico curante. L'alloggio extra comprende anche i pasti, il trasporto locale e le spese accessorie. L'indennità pagabile è indicata nel Programma delle indennità ed è soggetta a un massimale giornaliero, ove applicabile.

INDENNITÀ PER PERDITA DI ATTREZZATURA SUBACQUEA

Se l'attrezzatura subacquea viene perduta o risulta involontariamente danneggiata a causa di un Incidente subacqueo incluso nella copertura, rimborseremo il valore di mercato della stessa al momento della perdita o del danno, fino al relativo Submassimale. Se l'elemento perduto o danneggiato è un componente di un gruppo, l'indennità sarà limitata all'elemento perduto o danneggiato.

A discrezione della Società, l'elemento perduto o danneggiato può essere riparato o sostituito in luogo di un pagamento in contanti. Prima di liquidare tale indennità, potremmo richiedere la consegna dell'attrezzatura danneggiata da parte dell'Assicurato. Il massimale per Incidente subacqueo incluso nella copertura è indicato nel Programma delle indennità.

ESCLUSIONE PER TUTTE LE INDENNITÀ

Non corrisponderemo alcuna indennità per danni o spese ai sensi della presente Polizza causate o risultanti da:

1. Lesione fisica o Incidente a qualsiasi persona diversa dall'Assicurato;
2. Lesione fisica o Incidente causato da atti dolosi, ingannevoli, intenzionali o criminali compiuti dall'Assicurato o violazione di qualsiasi legge, norma o regolamento da parte dell'Assicurato che conduca alla Lesione fisica o all'Incidente;
3. attività o viaggio sub intrapreso contro il parere del medico e con la finalità di ottenere un trattamento medico o quando l'Assicurato è in lista per un trapianto d'organo al momento della partenza e quando il trasporto risulta essere motivato dal trapianto in questione;
4. Lesione fisica o Incidente in cui le indennità sono pagabili o devono essere corrisposte ai sensi di una legge sugli indennizzi dei lavoratori, indennità di disoccupazione, previdenza sociale o invalidità, o ai sensi di qualsiasi altra legge federale, statale o locale, simile o correlata, tra cui, a titolo puramente esemplificativo, il Jones Act, il Longshoremen and Harbor Workers Act, l'Americans with Disabilities Act e altre leggi in materia di diritti civili;
5. Lesione fisica o Incidente previsto o deliberato dalla persona che lo ha causato (ma tale esclusione non si applica a Lesioni fisiche o Incidenti derivati dall'uso ragionevole della forza per proteggere le persone);
6. Lesione fisica o Incidente derivante da condizioni croniche o preesistenti;
7. servizi o forniture per le quali l'Assicurato non è tenuto a pagare oppure oneri addebitati solo in funzione della vigenza dell'assicurazione;
8. Lesione fisica o Incidente derivante da guerra dichiarata o non dichiarata, atto di guerra o tumulto;
9. Assistenza non medica;
10. farmaci e medicinali che possono essere ottenuti senza prescrizione medica;
11. servizi e forniture ospedalieri quando il ricovero avviene esclusivamente a scopo di esame diagnostico;
12. Lesione fisica o Incidente derivante da disturbi mentali, nervosi, emozionali o psicologici;
13. Lesione fisica o Incidente derivante da suicidio, tentato suicidio o Lesione fisica autoinflitta da parte dell'Assicurato, nel pieno possesso delle Sue facoltà mentali o in stato di follia;
14. Lesione fisica o Incidente che si verifica in seguito all'uso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti, a meno che tale uso sia stato prescritto da un Medico;

15. esami medici, trattamenti, procedure o analisi non richiesti per il trattamento della Lesione fisica causata dall'Incidente;
16. Lesione fisica o Incidente correlato a gravidanza, parto o aborto volontario, indipendentemente dal fatto che la Lesione fisica o l'Incidente sia attribuito totalmente o in parte a un'attività subacquea;
17. Lesione fisica o Incidente derivante dalla partecipazione ad attività atletiche professionali o amatoriali e intrascolastiche organizzate o a competizioni sportive, a meno che tale partecipazione sia approvata in anticipo da DAN World;
18. Lesione fisica o Incidente che si verifica durante la guida di qualsiasi veicolo motorizzato o imbarcazione motorizzata;
19. Lesione fisica o Incidente derivante da arrampicata in montagna, bungee jumping, sci sulla neve, paracadutismo, deltaplano, parapendio o viaggio su qualsiasi aeromobile diverso dai voli di linea o charter regolarmente programmati, a meno che tale partecipazione sia approvata in anticipo da parte del Contraente;
20. Lesione fisica o Incidente correlato a reazione nucleare, radiazione, contaminazione radioattiva o pandemia, epidemia oppure esposizione a una malattia trasmissibile;
21. Lesione fisica o Incidente derivante da qualsiasi atto doloso, ingannevole, intenzionale o criminale oppure da qualsiasi violazione di leggi, norme o regolamenti commessa dall'Assicurato;
22. esami oculistici o dell'orecchio di routine, rifrazione dell'occhio, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici o qualsiasi tipo di apparecchiatura esterna utilizzata per migliorare l'acuità visiva o uditiva, nonché i relativi accessori;
23. trattamenti o procedure elettive o esami, trattamenti, procedure o test medici che non sono necessari per il trattamento della Lesione fisica;
24. procedure cosmetiche o ricostruttive e qualsiasi servizio o fornitura correlata che altera l'aspetto fisico ma non ripristina o migliora le funzionalità fisiche compromesse;
25. Lesione fisica o Incidente derivante da comportamenti abusivi, molesti, lascivi, immorali o sessuali effettivi o minacciati, indipendentemente dal fatto che siano intesi a condurre, o culminino in, qualsiasi atto sessuale commesso su qualsiasi persona e a prescindere dal fatto di essere stati causati, istigati, diretti oppure omessi dall'Assicurato, dai Suoi dipendenti o da qualsiasi altra persona; o
26. Lesione fisica o Incidente derivante dall'effettiva o presunta trasmissione di qualsiasi malattia trasmissibile.
27. Cure, trattamenti, servizi o forniture:
- i. non prescritti da un medico; o
 - ii. non Necessari dal punto di vista medico; o
 - iii. considerati sperimentali o forniti principalmente per scopi di ricerca medica o di altro tipo; o
 - iv. ricevuti da un Infermiere, ma per i quali non erano necessarie le competenze e la formazione di un Infermiere; o
 - v. richiesti da un familiare dell'Assicurato; o
 - vi. ricevuti o ottenuti dall'Assicurato dopo il Suo ritorno al Paese di residenza.

CONDIZIONI GENERALI

ASSISTENZA CLIENTI

Per contattare un rappresentante dell'assistenza clienti di DAN World, rivolgersi a:

DAN World, Ltd.

c/o S.H. Corporations, P.O. Box 1990 GT
2nd Floor, First Caribbean House
George Town, Grand Cayman KY1-1104 Isole Cayman
Telefono: +1.919.226.3838
Email: Global.Support@World.DAN.org

VISITA ISPETTIVA E AUTOPSIA

La Società, a proprie spese, ha il diritto e l'opportunità di sottoporre a visita ispettiva qualsiasi individuo il cui danno subito sia alla base di una richiesta di indennizzo ai sensi della Polizza nel momento e con la frequenza che possano essere ragionevolmente necessari durante l'iter della richiesta in questione e di eseguire un'autopsia in caso di decesso, salvo sia proibito dalle leggi in vigore. Noi copriremo i costi della visita ispettiva. L'Assicurato sarà responsabile per tutti gli altri costi, tra cui il trasporto presso l'ambulatorio del medico scelto per la conduzione della visita.

AZIONI LEGALI/LEGGI APPLICABILI

Non può essere intrapresa alcuna azione legale o secondo equità per ottenere il risarcimento ai sensi della Polizza prima della scadenza del periodo di 60 giorni dalla presentazione della prova del danno in forma scritta, in conformità ai requisiti della Polizza. Nessuna azione del genere può essere intrapresa dopo la scadenza di un periodo di tre anni dalla richiesta di presentazione della prova del danno in forma scritta. La presente Polizza e tutte le questioni derivanti in relazione alla stessa saranno soggette alle leggi delle Isole Cayman, senza alcun riguardo per i principi giuridici che potrebbero rendere applicabili le leggi di un'altra giurisdizione.

VALIDITÀ IN PRESENZA DI PIÙ CERTIFICATI

Una persona non può essere assicurata e avvalersi di più di un Certificato che fornisce lo stesso tipo di copertura assicurativa ai sensi di polizze raggruppate emesse dalla Società a DAN World, a TEMS e/o alle loro affiliate. Se il premio viene pagato per più di un Certificato, l'Assicurazione sarà valida secondo le disposizioni di un solo Certificato in qualsiasi momento dato. Il premio pagato per i Certificati che non sono in vigore sarà rimborsato.

CESSIONE

La Polizza non può essere ceduta. L'Assicurato non può cedere nessuno dei Suoi diritti, privilegi o indennità ai sensi della Polizza.

TRASFERIMENTO DEL DIRITTO DI RISARCIMENTO

Se l'Assicurato dispone del diritto di ottenere da terze parti un risarcimento, totale o parziale, di uno dei pagamenti da Noi effettuati ai sensi della presente Polizza, tale diritto si ritiene automaticamente a Noi trasferito. Ciò include tutte le richieste di indennizzo, le cause o i diritti che l'Assicurato ha o potrebbe avere contro qualsiasi terzo che potrebbe aver causato, contribuito a causare o aggravato la Lesione fisica o la condizione per la quale l'Assicurato presenta richiesta di indennizzo ai sensi della Polizza. Dopo l'Incidente, l'Assicurato non deve fare nulla che possa pregiudicare tali diritti. Su nostra richiesta, intraprenderà una causa civile o trasferirà i diritti a Noi e Ci assisterà nell'esercitarli.

Non pagheremo né saremo responsabili, senza relativo consenso scritto, per qualsiasi spesa o costo associato al perseguimento di una richiesta di indennizzo, causa o rivendicazioni di diritti da o per conto di un'Assicurato o altra persona contro qualsiasi terzo o copertura.

DICHIARAZIONI PRESENTATE SOTTO GIURAMENTO

La Società non fornisce copertura se l'Assicurato ha intenzionalmente occultato o distorto qualsiasi fatto materiale o circostanza correlata alla Polizza o alla richiesta di indennizzo. Tutte le dichiarazioni effettuate nella domanda e tutte le richieste di indennizzo ai sensi della presente Polizza devono essere presentate sotto giuramento. Qualsiasi distorsione o dichiarazione mendace presentata nel modulo di domanda o quando si effettua una richiesta di indennizzo deve essere considerata di natura fraudolenta e perseguita ai sensi delle leggi di diritto penale in materia di frodi.

DOVERI IN CASO DI LESIONE FISICA

Se si contrae una malattia o si subisce una lesione fisica, è necessario rivolgersi immediatamente alla struttura medica di emergenza più vicina. In caso di Incidenti o Lesioni fisiche coperte dalla presente Polizza, si deve contattare immediatamente DAN World per confermare la copertura e ottenere una garanzia di pagamento affinché sia prestato qualsiasi servizio medico. Se le circostanze impediscono di contattare DAN World immediatamente, occorre notificare DAN World appena possibile, in base alle circostanze particolari. La notifica deve includere:

1. nome e cognome dell'Assicurato;
2. come, dove e quando è avvenuto l'incidente;
3. nome e cognome, indirizzo, numero di telefono e indirizzo di posta elettronica di qualsiasi persona o testimone coinvolto nell'Incidente; e
4. natura e sito di eventuali Lesioni fisiche derivanti dall'Incidente.

La notifica scritta e la presentazione di altri documenti richiesti ai sensi della presente sezione deve essere trasmessa alla parte designata di seguito. L'Assicurato deve fornire la prova del danno subito quando ragionevolmente richiesto da Noi e cooperare con Noi nelle indagini relative a qualsiasi Lesione fisica che potrebbe essere stata causata dall'Incidente.

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI INDENNIZZO

NOTIFICA DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

La Società deve ricevere notifica scritta della richiesta di indennizzo entro dieci (10) giorni dal verificarsi del danno incluso nella copertura. Se la notifica non può essere fornita entro tale periodo, deve essere presentata non appena ragionevolmente possibile. La notifica può essere trasmessa alla Società o a un suo agente autorizzato. Per presentare una richiesta di indennizzo, acquisire i relativi moduli o richiedere informazioni aggiuntive su come segnalare un sinistro, chiamare, si prega di scrivere, telefonare o inviare una mail a:

DAN WORLD CLAIMS
c/o DAN Services, Inc.
6 West Colony Place, Durham, NC 27705 USA
Telefono: +1.919.226.3858
Email – Claims@World.DAN.org

PROVA DEL DANNO

Entro centottanta (180) giorni dalla data in cui si è verificato il danno, la relativa prova scritta deve essere inviata alla Società. La Società non ridurrà né negherà una richiesta di indennizzo se non era ragionevolmente possibile presentare una Prova del danno in forma scritta entro il periodo consentito. In ogni caso l'Assicurato deve presentare alla

Società una Prova del danno in forma scritta entro dodici (12) mesi dalla data in cui tale danno si è verificato a meno che l'Assicurato sia da considerare incapacitato a farlo.

PAGAMENTO DELLA RICHIESTA DI INDENNIZZO

Le indennità per il decesso saranno corrisposte in conformità alla designazione del beneficiario oppure, se non ve n'è alcuno, al responsabile della gestione del patrimonio dell'Assicurato. Tutte le altre indennità saranno pagate direttamente all'Assicurato, salvo diversamente indicato. Qualsiasi indennità non pagata accumulata al momento del decesso dell'Assicurato sarà corrisposta al Suo beneficiario oppure, se non ve n'è alcuno, al responsabile della gestione delle proprietà dell'Assicurato.

PAGAMENTO A UN SOGGETTO MINORENNE O INCAPACITATO

Se qualsiasi beneficiario è un soggetto minorenne o incapacitato a rilasciare un'accettazione legalmente valida del pagamento, questo sarà corrisposto al tutore legale del patrimonio del beneficiario. Se il beneficiario non dispone di un tutore legale per il suo patrimonio, può essere corrisposto un pagamento non superiore a 3.000 USD, a discrezione della Società, a qualsiasi parente del beneficiario, consanguineo o acquisito mediante matrimonio, il quale, secondo il parere della Società, abbia assunto la custodia e il sostegno del minore o la responsabilità degli affari della persona incapacitata.

TEMPISTICA DI PAGAMENTO DELLA RICHIESTA DI INDENNIZZO

Le indennità pagabili ai sensi della Polizza per qualsiasi danno diverso da quelli contemplati dalla Polizza per un pagamento periodico saranno corrisposte entro un periodo ragionevole in seguito alla ricezione della debita prova scritta sufficiente a dimostrare il danno. Previa ricezione della debita prova del danno in forma scritta, tutte le indennità accumulate per i danni il cui pagamento periodico è contemplato dalla polizza saranno corrisposte a cadenza mensile.

VISITA ISPETTIVA E AUTOPSIA

La Società, a proprie spese, ha il diritto di sottoporre l'Assicurato a visita ispettiva con la frequenza necessaria durante l'elaborazione della richiesta di indennizzo. La Società, a proprie spese, può richiedere un'autopsia, a meno che le leggi o la religione dell'Assicurato lo proibiscano.

AZIONI LEGALI

Non può essere intrapresa alcuna azione legale per ottenere il risarcimento ai sensi della Polizza prima della scadenza di un periodo di novanta (90) giorni dalla presentazione della prova del danno in forma scritta. Nessuna azione del genere può essere intrapresa dopo la scadenza di un periodo di tre (3) anni dalla presentazione della prova del danno in forma scritta. Se il limite di tempo previsto dalla Polizza è inferiore a quello consentito dalle leggi della giurisdizione in cui vive l'Assicurato, tale limite viene esteso per soddisfare il tempo massimo consentito dalle leggi in questione.

FINE DEL CERTIFICATO