

Una visione d'insieme delle prestazioni internazionali

	dive card basic	dive card family	dive card professional
Quota annuale	60 €	130 €	160 €
Servizi di assistenza medica			
Numero di emergenza medica 24 h su 24		✓	
Gestione professionale delle emergenze		✓	
Registrazione dei dati medici		✓	
Assicurazione sanitaria per i viaggi all'estero (56 giorni per ogni viaggio)			
Spese per trattamenti terapeutici adeguati		senza limiti	
Spese per il trasporto o rientro del malato		senza limiti	
Interventi di ricerca, soccorso e recupero		10.000 €	
Spese di trasporto della salma in caso di morte		senza limiti	
Assicurazione contro gli incidenti durante le immersioni (365 giorni all'anno)			
Trattamento in camera iperbarica		senza limiti	
Altre spese di trattamento su territorio nazionale		15.000 €	
Altre spese di trattamento all'estero		senza limiti	
Trasporto del malato		senza limiti	
Interventi di ricerca, soccorso e recupero		10.000 €	
Spese di trasporto della salma in caso di morte		senza limiti	
Invalità (max.)		56.250 €	
In caso di morte		5.000 €	
Assicurazione di responsabilità civile (365 giorni all'anno)			
Assicurazione di responsabilità civile per subacquei (franchigia 200 €; all'estero: 56 giorni per ogni viaggio)		150.000 €	

Inoltre, la dive card professional contiene:

Responsabilità civile per istruttori subacquei	5.000.000 €
Student Protect (mas. 6 mesi)	
Trattamento in camera iperbarica	senza limiti
Trasporto di emergenza alla camera iperbarica	10.000 €

Le prestazioni assicurative vengono erogate da Chubb European Group SE, direzione per la Germania, e/o la R+V Versicherung AG (valida per i clienti con residenza nell'EU).

I partner contrattuali e assicuratore per i clienti con la residenza in Svizzera/Liechtenstein sono la Chubb Assicurazioni (Svizzera) AG e la UNIQA Versicherung AG.

Per dettagli vedi le condizioni d'assicurazione (www.aqua-med.eu).

Versione 03/2024

Condizioni d'assicurazione

Condizioni d'assicurazione aqua med
e informazioni generali sul contratto
CGA dell'assicurazione contro gli infortuni durante le
attività subacquee Chubb
Versione: 09.2023

CHUBB®



Condizioni d'assicurazione

Condizioni d'assicurazione aqua med e informazioni generali sul contratto

CGA dell'assicurazione contro gli infortuni durante le attività subacquee Chubb

Versione: 09.2023

Lo scopo della presente traduzione italiana è puramente informativo, per qualsiasi controversia vale il testo originale tedesco.

Indice

Parte I	Condizioni generali d'assicurazione e informazioni sul contratto (CGA)	3
	Le persone assicurate	3
	1. A chi si estende e dove vale la copertura assicurativa?	3
	2. Quali rapporti giuridici vigono tra le parti contrattuali?	3
	Durata dell'assicurazione	3
	3. Quando inizia e quando termina la copertura assicurativa?	3
	Obblighi in caso di sinistro	4
	4. A cosa prestare attenzione quando subentra un evento assicurato? (obblighi)	4
	5. Quali sono le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi?	4
	6. Cosa è escluso o compreso solo limitatamente dalla copertura assicurativa? (esclusioni e vincoli)	5
	7. Diritti nei confronti di terzi	6
	8. Quando scadono i versamenti delle prestazioni?	6
	9. In quale valuta vengono versate le prestazioni?	6
	Ulteriori disposizioni	6
	10. A cosa prestare attenzione in caso di comunicazioni indirizzate a noi? Cosa fare in caso di modifica del proprio indirizzo?	6
	Informazioni contrattuali generali	7
	11. Quando cadono in prescrizione i diritti previsti dal contratto?	7
	12. Qual è la legge applicabile?	7
	13. Qual è il tribunale competente?	7
	14. Chi è l'assicuratore?	7
	15. Come viene gestita la protezione dei dati personali?	7
	Condizioni Specifiche d'Assicurazione (Parte II – IV)	8
Parte II	Condizioni per l'assicurazione sanitaria e l'assistenza durante i viaggi (Chubb HK + Assistance)	8

Estensione dell'assicurazione	8
1. Per cosa, quando e dove vale l'assicurazione?	8
2. Quali prestazioni sono assicurate?	8
3. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa?	10
4. Cosa è necessario per ottenere l'erogazione di prestazioni assicurative?	11
Evento assicurato	12
5. A cosa prestare attenzione quando subentra un evento assicurato? (obblighi)	12
Parte III Condizioni per l'assicurazione contro gli infortuni durante attività subacquee – qualora concordata	13
Estensione dell'assicurazione	13
1. Cosa comprende l'assicurazione?	13
2. Quali tipi di prestazioni sono concordati?	14
3. Quali sono le conseguenze di malattie o disabilità?	17
4. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa?	17
5. In che misura si riducono le somme assicurative al raggiungimento del 70esimo anno di età?	18
Evento assicurato	18
6. A cosa prestare attenzione quando subentra un un infortunio (obblighi)?	18
7. Quali sono le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi?	18
8. Quando scadono i versamenti delle prestazioni?	18
Parte IV Condizioni specifiche per l'assicurazione di responsabilità civile privata per subacquei - qualora concordata	20
Estensione dell'assicurazione	20
1. Cosa comprende l'assicurazione?	20
2. A che cosa si estende la copertura assicurativa?	20
3. Quali prestazioni vengono erogate e fino a quale ammontare?	20
4. Soggiorni all'estero temporanei	22
5. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa? (esclusioni)	22
Evento assicurato	23
6. Che cosa fare in caso di evento assicurato? (obblighi)	23
Contatti	24

Parte I Condizioni generali d'assicurazione e informazioni sul contratto (CGA)

Le Condizioni generali d'assicurazione e informazioni sul contratto sono da intendersi come integrazione di tutte le altre Condizioni specifiche d'assicurazione riportate di seguito, alla base del contratto d'assicurazione.

Le persone assicurate

1. A chi si estende e dove vale la copertura assicurativa?

- 1.1. La copertura assicurativa si estende nel quadro di un contratto di assicurazione collettiva a tutti i clienti di Medical Helpline Worldwide GmbH, Brema, (di seguito indicata come “aqua med”) in possesso di un valido certificato di assicurazione (ad es. dive card) e in determinati casi alle altre persone assicurate specificate nel contratto (ad es. familiari o partecipanti a speciali programmi di formazione per principianti).
- 1.2. In qualità di assicuratore, Chubb Versicherungen (Schweiz) AG («Chubb») eroga le prestazioni assicurative contrattualmente stipulate.
Le prestazioni concordate sono specificate di seguito nelle Condizioni Specifiche d'Assicurazione nonché nella tabella riepilogativa “Prestazioni e massimali” allegata alle presenti condizioni d'assicurazione.

2. Quali rapporti giuridici vigono tra le parti contrattuali?

- 2.1. Le persone assicurate possono rivendicare le prestazioni assicurative direttamente presso Chubb , anche senza il consenso di aqua med. Chubb versa le prestazioni direttamente alla persona assicurata o, in caso di decesso, ai suoi eredi o beneficiari.
- 2.2. In qualità di contraente dell'assicurazione aqua med è partner contrattuale di Chubb. L'esercizio di ulteriori diritti derivanti dal contratto spetta esclusivamente ad aqua med.
- 2.3. Prima della scadenza della prestazione i diritti dell'assicurato non possono essere ceduti o pignorati senza il nostro consenso.

Durata dell'assicurazione

3. Quando inizia e quando termina la copertura assicurativa?

- 3.1. Durata della copertura assicurativa
La copertura assicurativa sussiste per tutto il periodo di validità del contratto con aqua med.

La copertura assicurativa per le singole prestazioni può avere un limite temporale. A tale riguardo leggere attentamente quanto riportato nelle Condizioni Specifiche d'Assicurazione.
- 3.2. Sospensione della copertura assicurativa in caso di servizio militare

La validità della copertura assicurativa cessa immediatamente qualora la persona assicurata presti servizio in un'unità militare o di simile natura che partecipa ad una guerra o a interventi bellici tra i seguenti paesi: Cina, Germania, Francia, Gran Bretagna, Giappone, Russia o USA. La copertura assicurativa verrà ripristinata in seguito alla comunicazione relativa al termine del servizio.

Obblighi in caso di sinistro

4. A cosa prestare attenzione quando subentra un evento assicurato? (obblighi)

La vostra collaborazione è indispensabile per l'erogazione delle nostre prestazioni.

- 4.1. Le prestazioni di assistenza vengono erogate da aqua med. Al verificarsi di un evento assicurato è necessario informare tempestivamente aqua med per ottenere i migliori trattamenti e per facilitare le dichiarazioni relative all'assunzione delle spese.
- 4.2. Gli obblighi da osservare in caso di evento assicurato sono specificati nel paragrafo 4.3 e nelle Condizioni Specifiche d'Assicurazione.
- 4.3. In caso di evento assicurato sussiste l'obbligo di:
 - 4.3.1. svolgere, per quanto possibile, attività di prevenzione e riduzione del sinistro;
 - 4.3.2. informarci tempestivamente, in modo completo e conforme a verità, di una circostanza che potrebbe generare un obbligo alla prestazione, riportando precisamente tutti i dettagli;
 - 4.3.3. compilare il modulo di denuncia sinistro, da voi inviato, in modo conforme a verità e rispedirlo tempestivamente;
 - 4.3.4. fornirci le informazioni necessarie da noi richieste in modo conforme a verità;
 - 4.3.5. consentirci di svolgere qualsiasi indagine accettabile riguardante causa ed entità del nostro obbligo alla prestazione;
 - 4.3.6. interrompere o sospendere un viaggio per ragioni mediche (cfr. parte II, paragrafo 2.1.2.3.2); la decisione relativa all'interruzione/sospensione del viaggio deve essere concordata insieme a noi;
 - 4.3.7. osservare le nostre direttive;
 - 4.3.8. adoperarsi per ottenere il rilascio dei documenti da noi richiesti come prova del sinistro, in particolare note delle spese e certificati medici;
 - 4.3.9. autorizzare i medici che hanno curato o visitato la persona assicurata (anche per altri motivi), gli ospedali e altre strutture ospedaliere, ulteriori assicurazioni di persone, le assicurazioni malattie e infortuni e le autorità a fornire le informazioni necessarie per la valutazione del rischio da assicurare e dell'obbligo alla prestazione.
È possibile richiedere in qualsiasi momento che il rilevamento dei dati avvenga esclusivamente in seguito all'autorizzazione della singola indagine.
 - 4.3.10. denunciare tempestivamente gli eventi assicurati provocati da azioni penali (ad es. furto con scasso, rapina, danni materiali premeditati, lesioni) presso l'ufficio di polizia competente e farsi rilasciare il certificato di denuncia;
 - 4.3.11. informarci dell'esistenza di altre assicurazioni la cui copertura include l'evento assicurato in questione, nonché dei diritti rivendicati, degli indennizzi riscossi e dell'obbligo di indennizzo di terzi.
- 4.4. Nelle Condizioni Specifiche sono indicate ulteriori scadenze da rispettare relative ai singoli tipi di prestazione, le quali tuttavia non implicano obblighi bensì presupposti per le rivendicazioni.
- 4.5. La richiesta di prestazione assicurativa deve essere presentata per iscritto (lettera, e-mail).

5. Quali sono le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi?

- 5.1. In caso di violazione dolosa degli obblighi di comunicazione e di comportamento, con conseguente effetto sull'accertamento e sull'entità delle conseguenze dannose, siamo legittimati a decurtare le nostre prestazioni.

La decurtazione decade nel momento in cui sia dimostrato in modo chiaro che la violazione contrattuale non ha avuto effetti sull'accertamento e sull'entità delle conseguenze dannose.

- 5.2. Qualora non venga informata tempestivamente dell'evento assicurato, aqua med non è responsabile di qualsiasi ritardo o impedimento nel versamento della prestazione.

Tale clausola è valida anche in caso di:

- eventi bellici e guerre civili;
- disordini interni, scioperi, rivolte, terrorismo o altri atti di forza;
- disposizioni impartite da enti statali;
- catastrofi.

6. Cosa è escluso o compreso solo limitatamente dalla copertura assicurativa? (esclusioni e vincoli)

- 6.1. Oltre ai vincoli e alle esclusioni definite nelle Condizioni Specifiche d'Assicurazione sono esclusi dalla presente copertura assicurativa tutti i sinistri che
- 6.1.1. sono stati provocati intenzionalmente dalla persona assicurata;
 - 6.1.2. la persona assicurata ha provocato attraverso o durante un reato di natura dolosa o il tentativo doloso di commettere un reato;
 - 6.1.3. incluse tutte le conseguenze e gli infortuni, sono stati causati direttamente o indirettamente da eventi bellici o guerre civili.

La copertura assicurativa, tuttavia, si estende a questo tipo di sinistri qualora la persona assicurata venga improvvisamente colpita da eventi bellici o guerre civili durante un viaggio all'estero.

La copertura assicurativa si estingue al termine del settimo giorno trascorso dall'inizio di un evento bellico o una guerra civile sul territorio dello stato in cui si trova la persona assicurata.

L'assicurazione non si estende ai viaggi in o attraverso paesi, i cui territori sono già colpiti da eventi bellici o guerre civili, così come alla partecipazione attiva a eventi bellici e guerre civili e ai danni e agli infortuni causati da armi atomiche, biologiche o chimiche e insorti in un contesto bellico o di simile natura tra i seguenti paesi: Cina, Germania, Francia, Gran Bretagna, Giappone, Russia o USA;

- 6.1.4. causati da radiazioni ionizzanti di qualsiasi tipo, in particolare da reazioni nucleari;
- 6.1.5. sono insorti durante l'esercizio di attività professionali svolte in occasione di viaggi di lavoro intrapresi per o su incarico di un'impresa commerciale in qualità di titolare o impiegato.

La copertura assicurativa, tuttavia, si estende

- ai sommozzatori professionisti, come istruttori e maestri di sub, fotografi e biologi subacquei o sommozzatori professionisti che svolgono simili attività e ai sommozzatori della polizia, dei pompieri e ai sommozzatori attivi nell'ambito professionale di ricerca e soccorso, a condizione che nella domanda di assicurazione venga specificata la propria attività.
- ad attività limitate nel tempo svolte ad esempio nel quadro di programmi "Work and Travel", di un tirocinio all'estero o di un'attività secondaria (salario mensile entro l'attuale soglia minima prevista in Germania).
- ad attività in scuole di sub.

Sono in ogni caso esclusi gli eventi assicurati insorti durante lo svolgimento di una delle seguenti professioni/attività:

- artista di circo,
- controfigura, domatore,
- lavori sotterranei nel settore minerario,
- personale per lavori a contatto con materiale esplosivo, attività di sgombero e truppe di ricerca munizioni,
- sportivi professionisti, a contratto e tesserati (anche per corridori e fantini)
- sub professionisti
- sommozzatori combattenti e sub dell'esercito tedesco o di altre forze armate.

- 6.2. Chubb Versicherungen (Schweiz) AG fa parte di Chubb Group sotto l'ombrello della holding Chubb Limited, con sede a Zurigo, quotata al New York Stock Exchange (NYSE). Conseguentemente Chubb è soggetta, oltre alle sanzioni dell'UE, dell'ONU e ad altre limitazioni nazionali, anche a determinate leggi e disposizioni statunitensi, che possono eventualmente impedirle di concedere copertura assicurativa a persone fisiche o giuridiche o a effettuare pagamenti a loro favore o ad assicurare determinati tipi di attività in relazione a determinati Paesi.

Pertanto, l'assicurazione non è valida qualora sanzioni commerciali o economiche o altre leggi e/o disposizioni impediscano a Chubb di fornire la copertura assicurativa; ciò vale anche, senza limitazione alcuna, per la liquidazione dei sinistri. Tutte le altre condizioni del contratto di assicurazione rimangono invariate.

7. Diritti nei confronti di terzi

- 7.1. In caso di cumulo di assicurazioni le prestazioni saranno da noi fornite in forma sussidiaria. Qualora l'evento assicurato venga segnalato prima a Chubb, la stessa potrà rifarsi al primo assicuratore.

Se Chubb interviene per primo con una prestazione anticipata, il diritto di rivalsa viene trasferito a Chubb nel momento in cui quest'ultima corrisponde un indennizzo. Ciò vale anche in caso di prestazioni obbligatorie a carico di un'assicurazione sociale o un'assicurazione obbligatoria (legge sull'assicurazione infortuni, legge sui contratti d'assicurazione).

Qualora anche un'altra società fornisca le proprie prestazioni in forma sussidiaria, le società interessate si assumeranno i costi in modo proporzionale alla somma assicurata.

Sono esclusi i diritti previsti dall'assicurazione contro gli infortuni durante le attività subacquee a norma dei paragrafi 2.1 e 2.2.

8. Quando scadono i versamenti delle prestazioni?

- 8.1. Una volta accertato il nostro obbligo alla prestazione in termini di meriti e di ammontare, il versamento della prestazione dovrà avvenire entro due settimane, salvo diversamente stabilito nelle Condizioni Specifiche.

9. In quale valuta vengono versate le prestazioni?

Le nostre prestazioni assicurative vengono versate in euro (€).

Le spese insorte in altre valute verranno convertite in € sulla base del cambio del giorno in cui le ricevute pervengono presso la nostra sede. Come cambio del giorno vale per le divise trattate il corso di cambio ufficiale di Francoforte, mentre per le divise non trattate il cambio riportato nell'edizione più recente di "Divise del mondo", pubblicazione della Deutsche Bundesbank (Banca Federale Tedesca) di Francoforte; a meno che si possa dimostrare con ricevuta bancaria di aver acquistato la divisa necessaria per il pagamento delle fatture ad un cambio più sfavorevole.

Ulteriori disposizioni

10. A cosa prestare attenzione in caso di comunicazioni indirizzate a noi? Cosa fare in caso di modifica del proprio indirizzo?

- 10.1. Tutte le comunicazioni e le dichiarazioni destinate a noi devono essere indirizzate ad
- aqua med oppure
 - alla sede di Chubb a Zurigo.

- 10.2. L'eventuale cambio di indirizzo deve essere comunicato ad Chubb entro 14 giorni. Ciò vale anche in caso di modifica del nome/della denominazione sociale.

Qualora non abbiate comunicato una modifica del vostro indirizzo, per ottenere una dichiarazione di volontà è sufficiente inviare una lettera raccomandata all'ultimo indirizzo aqua med comunicatovi.

Informazioni contrattuali generali

11. Quando cadono in prescrizione i diritti previsti dal contratto?

- 11.1. I diritti cadono in prescrizione due anni dopo il verificarsi dell'evento che ha dato origine all'obbligo alla prestazione. In caso di invalidità permanente il termine di prescrizione è di tre anni.

12. Qual è la legge applicabile?

- 12.1. Il presente contratto si fonda sulla richiesta, la conferma di assicurazione, le Condizioni d'assicurazione generali, le Condizioni specifiche, eventuali appendici e sulla legge federale in materia di contratti d'assicurazione (VVG) del 2 aprile 1908.

13. Qual è il tribunale competente?

- 13.1. Per eventuali controversie associate al contratto il foro competente è
- Zurigo
 - la residenza della persona assicurata o dell'avente diritto qualora sia in Svizzera.

14. Chi è l'assicuratore?

- 14.1. La presente assicurazione infortuni è stipulata da

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Bärengasse 32
8001 Zurigo

www.chubb.com/ch

15. Come viene gestita la protezione dei dati personali?

Nell'ambito della valutazione, della preparazione e dell'attuazione del rapporto contrattuale con voi, Chubb, nello specifico, tratta i dati personali dei clienti (come nome, indirizzo, data di nascita e nazionalità), i dati relativi alla domanda di assicurazione (ad es. informazioni sul rischio assicurato), i dati finanziari e di recupero crediti (ad es. i dati bancari) nonché i dati relativi a sinistri e risarcimenti (come i dati necessari in relazione a eventuali reclami e richieste di indennizzo). Nella misura in cui ciò sia necessario per adempiere a scopi contrattuali (ad es. in relazione alla gestione di sinistri) Chubb potrebbe avere la necessità di raccogliere e utilizzare dati sensibili (quali per esempio informazioni sulla salute).

I dati vengono raccolti e utilizzati in particolare per la determinazione del premio, per la valutazione del rischio assicurato, per l'amministrazione del contratto, per la liquidazione di sinistri (inclusa la gestione delle richieste di indennizzo), per analisi statistiche e per scopi di marketing.

Nella misura necessaria per la valutazione, la preparazione e la conclusione o l'esecuzione del contratto, i dati personali potrebbero essere comunicati a società affiliate in Svizzera e all'estero, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, a fornitori di servizi e a società del gruppo Chubb.

I dati vengono conservati in formato elettronico e/o cartaceo in vari database protetti in base alle diverse finalità di trattamento (come l'amministrazione delle polizze, l'elaborazione dei pagamenti, la gestione dei reclami, ecc.). In particolare, i dati relativi all'attività aziendale vengono conservati in conformità con le disposizioni di legge per almeno dieci anni dalla risoluzione del contratto e i dati personali presenti nel fascicolo della richiesta di indennizzo per almeno dieci anni dalla liquidazione del sinistro. Quando i dati personali non saranno più necessari, gli stessi verranno cancellati nella misura consentita dalla legge.

Per ulteriori informazioni, si prega di consultare l'informativa completa sul trattamento dei dati personali da parte di Chubb, disponibile al seguente link: <https://www.chubb.com/uk-en/footer/privacy-policy-swiss-italian.html>.

Condizioni Specifiche d'Assicurazione (Parte II – IV)

Le seguenti Condizioni Specifiche d'Assicurazione prevalgono sulle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA).

Parte II Condizioni per l'assicurazione sanitaria e l'assistenza durante i viaggi (Chubb HK + Assistance)

Chubb HK + Assistance offrono copertura assicurativa in caso di infortunio, malattia e decesso, nonché in altri casi d'emergenza all'estero.

Le condizioni specifiche valgono esclusivamente in relazione alle CGA.

Estensione dell'assicurazione

1. Per cosa, quando e dove vale l'assicurazione?

- 1.1. L'oggetto dell'assicurazione è il risarcimento delle spese che la persona assicurata deve sostenere durante un viaggio all'estero, a condizione che un terzo (ad es. un altro assicuratore o assicurazione malattia ai sensi della legge sull'assicurazione malattie o della legge sui contratti d'assicurazione, assicurazione infortuni ai sensi della legge sull'assicurazione infortuni o sull'assicurazione infortuni supplementare)
 - non sia tenuto a versare la prestazione o
 - contesti il suo obbligo alla prestazione o
 - abbia versato una prestazione che, tuttavia, non è sufficiente alla copertura delle spese sostenute.
- 1.2. Per paese estero si intende qualsiasi paese al di fuori della Svizzera.
- 1.3. La copertura assicurativa è valida per viaggi all'estero con una durata massima di 56 giorni consecutivi. Per i viaggi all'estero di durata superiore, la copertura assicurativa si estingue automaticamente a partire dal 57esimo giorno.
Qualora, per motivi medici, il rientro entro la data stabilita non sia possibile, l'obbligo alla prestazione si protrae per un massimo di 180 giorni.

2. Quali prestazioni sono assicurate?

- 2.1. Malattia/infortunio/lesione/decesso
 - 2.1.1. Estensione dell'assicurazione
 - 2.1.1.1. La copertura assicurativa si estende a tutti i casi di emergenza medica, ad esempio una lesione fisica o una malattia improvvisa e imprevista della persona assicurata durante un viaggio all'estero, che implicano un trattamento ospedaliero o ambulatoriale immediato da parte di un medico riconosciuto e che non possono essere rinviati fino al rientro nel proprio paese.

A questo riguardo leggere attentamente le esclusioni riportate nel paragrafo 3.
 - 2.1.1.2. Gravidanza
La copertura assicurativa comprende anche le visite e le cure mediche necessarie durante la gravidanza in caso di un imprevisto e grave peggioramento delle condizioni di salute della madre o del nascituro.
 - 2.1.1.3. Nell'ambito dell'estensione contrattuale vengono garantite tutte le visite e cure mediche e le medicine con prescrizione medica che
 - sono per la maggior parte riconosciute dalla medicina tradizionale;
 - nella prassi si sono dimostrate promettenti quanto quelle della medicina tradizionale oppure vengono applicate in mancanza di metodi o di farmaci della medicina tradizionale. Tuttavia, in tal caso la prestazione può essere limitata all'importo che sarebbe risultato dall'applicazione di metodi e farmaci della medicina tradizionale;

- 2.1.1.4. Forniamo copertura assicurativa o in classe di ospedalizzazione generica (camera a più letti senza prestazioni erogabili a richiesta) o in reparto semiprivato/privato in base alla copertura assicurativa vigente in Svizzera per le persone che hanno un'assicurazione sanitaria privata.
- 2.1.1.5. L'evento assicurato inizia con il danneggiamento della salute e termina quando, in seguito alla diagnosi medica, non sussiste più il bisogno di cure mediche.

Qualora il trattamento terapeutico debba essere esteso a una malattia o a conseguenze di un infortunio che non dipendono dalla causa curata fino ad ora, insorge un nuovo evento assicurato.

2.1.2. Prestazioni assicurate

In caso di malattia o di infortunio della persona assicurata vengono garantite le seguenti prestazioni.

2.1.2.1. Spese di trattamento terapeutico

- 2.1.2.1.1. Rimborso delle spese per trattamenti terapeutici adeguati in seguito a una malattia, un infortunio o una lesione.

Ai sensi di questa condizione i trattamenti terapeutici comprendono:

- 2.1.2.1.2. diagnosi e cure mediche
- 2.1.2.1.3. medicinali su prescrizione medica e materiale per medicazione. Non vengono considerati medicinali, anche se su prescrizione medica, i preparati alimentari, i ricostituenti e i preparati cosmetici;
- 2.1.2.1.4. radioterapie, fototerapie e altre terapie fisiche su prescrizione medica;
- 2.1.2.1.5. strumenti ausiliari su prescrizione medica necessari in seguito ad un infortunio e per la cura delle conseguenze dell'infortunio;
- 2.1.2.1.6. diagnostica radiografica;
- 2.1.2.1.7. cure ospedaliere, purché queste avvengano in un istituto che nel paese di soggiorno è riconosciuto come ospedale, è provvisto di una direzione medica continuativa, dispone di sufficienti attrezzature e possibilità diagnostiche e terapeutiche, lavora secondo i metodi scientifici riconosciuti dal paese di soggiorno e registra cartelle cliniche;
- 2.1.2.1.8. pernottamenti in albergo richiesti per ragioni mediche, nel caso in cui non sia più necessario un trattamento in ospedale ma il viaggio di rimpatrio non sia comunque possibile per motivi di salute (è necessaria l'autorizzazione preventiva di aqua med);
- 2.1.2.1.9. trasporto di andata e ritorno fino all'ospedale o al medico più vicino attrezzato adeguatamente per il trattamento necessario;
- 2.1.2.1.10. operazioni;
- 2.1.2.1.11. cure odontoiatriche analgesiche d'emergenza comprensive di otturazioni di semplice esecuzione nonché, in caso di danni alla protesi dentaria, misure per ripristinare la capacità di masticare e per proteggere e conservare la sostanza dentale residua;

2.1.2.2. Ricovero in ospedale

- 2.1.2.2.1. messa in contatto del medico curante con il medico di famiglia e trasmissione delle informazioni tra i medici coinvolti;
- 2.1.2.2.2. contatto e informazione dei familiari se richiesto;
- 2.1.2.2.3. mediazione di un medico specialista con eventuale consultazione presso il letto del malato, se necessario per il trattamento medico;
- 2.1.2.2.4. garanzia di assunzione dei costi nei confronti dell'ospedale (vedi 2.1.2.1.7), limitata alla somma concordata;
- 2.1.2.2.5. in caso di grave incidente, inaspettato e acuto peggioramento della malattia o ricovero ospedaliero superiore ai 10 giorni: assunzione delle spese di un unico viaggio o volo (Economy Class) di andata e ritorno per l'ospedale per una persona vicina all'assicurato. Le spese di soggiorno sono escluse.

2.1.2.3. Trasporto del malato

- 2.1.2.3.1. Organizzazione
 - del trasporto del malato riportata nel paragrafo 2.1.2.3.2 con mezzi di trasporto sanitari adeguati;
 - dell'accompagnamento di una persona vicina all'assicurato, purché tecnicamente possibile.

- 2.1.2.3.2. Assunzione delle spese, fino all'importo concordato, per il trasporto della persona assicurata con mezzi sanitari adeguati (ambulanza o aeromobile), se necessario anche in condizioni normobariche, qualora il trasporto sia indicato dal punto di vista medico. La decisione relativa al trattamento in loco o al trasporto dell'assicurato via terra o per via aerea verrà presa da aqua med in accordo con i medici curanti.

La copertura assicurativa comprende

- il trasporto di andata e ritorno presso il medico, in ospedale, alla clinica specializzata, al centro di cure o alla camera iperbarica più vicini e adeguati alle cure necessarie;
 - il trasporto per rimpatrio fino all'ospedale adatto il più vicino al domicilio della persona assicurata o al domicilio della persona assicurata, qualora il trasporto per rimpatrio sia indicato e possibile dal punto di vista medico, nonché i trasferimenti necessari per questo trasporto,
 - l'accompagnamento della persona assicurata da parte di una persona ad essa vicina, qualora sia indicato dal punto di vista medico e sia stato previamente autorizzato da aqua med
 - upgrade di classe del volo richiesto per ragioni mediche, previa autorizzazione di aqua med.
 - in caso di trasporto per rimpatrio della persona assicurata ai sensi della presente clausola anche le spese supplementari per il viaggio di ritorno al proprio domicilio o di pernottamento per i figli minorenni o il coniuge che viaggiano insieme alla persona assicurata, laddove preventivamente autorizzati da aqua med;
- 2.1.2.4. Interventi di ricerca, soccorso e recupero
- 2.1.2.4.1. Organizzazione di azioni di ricerca, di soccorso e recupero di feriti, dispersi e deceduti nel caso in cui le stesse non vengano compiute dalle autorità locali o da altre organizzazioni umanitarie.
- 2.1.2.4.2. Assunzione delle spese fino all'importo concordato per interventi di ricerca, soccorso e recupero svolti da servizi di soccorso pubblici o privati, qualora tali servizi siano a pagamento.
- 2.1.2.5. Decesso
- 2.1.2.5.1. In caso di decesso della persona assicurata durante un viaggio avvenuto nel periodo di validità del presente contratto viene fornita a scelta una delle seguenti prestazioni:
- 2.1.2.6. Trasporto
- 2.1.2.6.1. Organizzazione e assunzione delle spese di trasporto della salma al luogo di origine;
- 2.1.2.7. Sepoltura
- 2.1.2.7.1. Organizzazione e assunzione delle spese di sepoltura all'estero.

3. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa?

Oltre alle esclusioni specificate nel paragrafo 6 delle CGA la copertura assicurativa non comprende:

- 3.1. malattie e conseguenze delle stesse, che sono state diagnosticate già prima della partenza per il viaggio (incluse diagnosi presuntive) o di cui la persona assicurata era a conoscenza, nonché incidenti verificatisi prima della partenza e conseguenze degli stessi.
Sussiste comunque un obbligo alla prestazione in caso di trattamenti per la cura di gravi peggioramenti dello stato di salute insorti improvvisamente durante il viaggio;
- 3.2. danni che con elevata probabilità erano prevedibili dalla persona assicurata;
- 3.3. cure all'estero che rappresentano l'unico o uno dei motivi del viaggio;
- 3.4. visite prevedibili o programmate durante la gravidanza, parto o interruzione di gravidanza e le loro conseguenze. Tuttavia la copertura assicurativa comprende la cura e l'assistenza in caso di complicazioni della gravidanza e di aborti spontanei o di parti prematuri, incluse la cura e l'assistenza dei nati prematuri, a condizione che il viaggio non sia avvenuto contravvenendo alle direttive di volo vigenti o a raccomandazioni mediche;

- 3.5. danni riconducibili a cause di cui la persona assicurata era a conoscenza prima di intraprendere il viaggio all'estero;
- 3.6. il trattamento o il ricovero dovuti a una malattia cronica, a un'invalidità o necessità di presa in carico;
- 3.7. soggiorni curativi e sanatori, nonché terapie di riabilitazione;
- 3.8. trattamenti terapeutici ambulatoriali in bagni o località termali.
Questo vincolo decade, qualora il trattamento terapeutico sia necessario in seguito a un infortunio verificatosi in loco. In caso di malattia il vincolo decade, qualora la persona assicurata si sia trattenuta solo temporaneamente nel bagno o nella località termale e non per un soggiorno curativo;
- 3.9. terapie di disintossicazione comprese cure disintossicanti;
- 3.10. abuso di alcolici, droghe o solventi o eventi assicurati causati dall'effetto di alcol e droghe (ad eccezione delle prestazioni specificate nel paragrafo **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**.3);
- 3.11. interruzioni di gravidanza, salvo se consigliate per motivi sanitari;
- 3.12. visite o cure dovute a disturbi o danni degli organi di riproduzione, salvo cure dovute a un infortunio;
- 3.13. cure da parte di coniugi, genitori, figli o della famiglia ospitante presso la quale vive la persona assicurata. Le spese materiali documentate vengono rimborsate;
- 3.14. cure psicoanalitiche e psicoterapeutiche.
La copertura assicurativa, tuttavia, comprende le cure psichiatriche in caso di malattie psichiatriche acute;
- 3.15. strumenti ausiliari (ad es. occhiali, plantari, calze elastiche ecc., nonché articoli sanitari come impianti di irradiazione e termometri per la febbre);
- 3.16. certificati, perizie e visite mediche per l'ottenimento di un permesso di soggiorno;
- 3.17. visite preventive, di routine e di controllo (ad es. prevenzione del cancro, vaccinazioni, screening di laboratorio, analisi allergologiche);
- 3.18. trattamenti cosmetici (ad es. anche acne, caduta dei capelli, rimozione di nei e di verruche);
- 3.19. protesi dentarie, denti a perno, otturazioni, incapsulazioni e interventi di ortodonzia;
- 3.20. tomografia computerizzata, risonanza magnetica e scintigrafia, salvo esplicita autorizzazione dell'assicuratore o di aqua med;
- 3.21. chinesiterapia, salvo in seguito a infortuni;
- 3.22. trattamenti di naturopatia;
- 3.23. spese che insorgono in seguito a metodi curativi e trattamenti farmacologici non riconosciuti scientificamente né nel paese d'origine né in quello di soggiorno;
- 3.24. trattamenti terapeutici o ulteriori cure eccessive rispetto ad una ragionevole misura sanitaria. In tal caso le prestazioni possono essere ridotte ad un importo adeguato.

4. Cosa è necessario per ottenere l'erogazione di prestazioni assicurative?

- 4.1. Prestazioni finanziarie
 - 4.1.1. Siamo tenuti a erogare la prestazione soltanto in presenza di:
 - fatture originali oppure
 - copie delle fatture accompagnate da un'attestazione di un altro ente assicuratore relative alle prestazioni concesse e degli attestati richiesti, in particolare traduzioni asseverate. Tali documenti diventano di nostra proprietà.
 - 4.1.2. Tutte le ricevute devono riportare il nome e il cognome della persona curata, la definizione della malattia e le singole prestazioni mediche con le relative date.

Le ricette mediche devono indicare chiaramente il medicinale prescritto, il prezzo e la quietanza.

Le ricevute relative alle cure odontoiatriche devono riportare la definizione dei denti curati e il tipo di cura effettuata.

- 4.1.3. Le prestazioni erogate o rifiutate da un altro ente assicuratore devono essere dimostrate secondo quanto specificato nel paragrafo 4.1.
- 4.1.4. Eventuali riduzioni o rimborsi già ottenuti vengono dedotti dal rimborso delle spese.
- 4.1.5. Siamo autorizzati a erogare prestazioni al portatore o al mittente di regolari documenti giustificativi.
- 4.1.6. Le spese di traduzione possono essere detratte dalle prestazioni.
- 4.1.7. Conformemente al paragrafo 7 delle CGA le prestazioni di terzi vengono detratte dalle prestazioni derivanti dal presente contratto.

Evento assicurato

5. A cosa prestare attenzione quando subentra un evento assicurato? (obblighi)

- 5.1. Oltre agli obblighi riportati nel paragrafo 4 delle CGA la persona assicurata deve:
 - 5.1.1. denunciare qualsiasi cura ospedaliera entro 10 giorni dal suo inizio;
 - 5.1.2. rivendicare il proprio diritto alla prestazione assicurativa per iscritto presso la nostra sede;
 - 5.1.3. acconsentire a farsi visitare, in seguito a nostra richiesta, da un medico da noi incaricato;
 - 5.1.4. in caso di furto, rapina o perdita dei mezzi di pagamento e dei documenti di viaggio, denunciare l'accaduto presso l'autorità locale competente.
- 5.2. Conseguenze della violazione degli obblighi
Le conseguenze della violazione degli obblighi sono specificate nel paragrafo 5 delle CGA.

Parte III Condizioni per l'assicurazione contro gli infortuni durante attività subacquee – qualora concordata

Le condizioni per l'assicurazione contro gli infortuni durante attività subacquee valgono esclusivamente in relazione alle CGA.

Estensione dell'assicurazione

1. Cosa comprende l'assicurazione?

- 1.1. È garantita una copertura assicurativa degli infortuni che colpiscono la persona assicurata durante la validità del contratto.
- 1.2. La copertura assicurativa comprende infortuni in tutto il mondo ed è valida esclusivamente per infortuni che si verificano:
 - 1.2.1. in diretta relazione con l'attività subacquea, ovvero
 - mentre si indossa o si toglie l'attrezzatura da immersione,
 - mentre ci si reca dal centro subacqueo o dal luogo in cui viene indossata l'attrezzatura da sub al punto di immersione o durante il rientro,
 - mentre si carica o si scarica l'attrezzatura da sub, poco prima o dopo un'immersione, su o da un mezzo di trasporto,
 - salendo o scendendo dal mezzo di trasporto immediatamente prima o dopo un'immersione,
 - durante un'immersione in qualsiasi tipo di acque,
 - durante le pause in superficie tra un'immersione e l'altra sulla barca,
 - durante il riempimento delle bombole per immersione.

Rientra nella suddetta copertura assicurativa l'attività subacquea durante la partecipazione a una competizione amatoriale, se organizzata secondo le linee guida riconosciute dalle associazioni di categoria.
 - 1.2.2. e - qualora concordato - durante l'esercizio della professione di sommozzatore incluso il percorso diretto verso e dal luogo di lavoro. La copertura assicurativa decade nel caso in cui la durata normale del percorso venga prolungata oppure il percorso diretto venga interrotto da attività puramente private e personali (ad es. acquisti, soste in luoghi di ristoro per interessi privati).
- 1.3. Un infortunio si verifica quando la persona assicurata subisce involontariamente dei danni alla salute a causa di un evento improvviso che si ripercuote sul suo corpo (evento d'infortunio).
- 1.4. Si verifica un infortunio anche
 - 1.4.1. quando a causa di un eccessivo sforzo degli arti o della colonna vertebrale
 - si sloga un'articolazione oppure
 - si stirano o si lacerano muscoli, tendini, legamenti o capsule articolari
 - 1.4.2. oppure in caso di
 - decesso per annegamento o per soffocamento sott'acqua,
 - danni alla salute tipici delle immersioni (ad es. malattia da decompressione, barotrauma) senza poter risalire a un evento dell'infortunio,,
 - 1.4.3. in caso di inspirazione di miscele gassose composte inavvertitamente in modo errato nella bombola.
- 1.5. Si richiama l'attenzione sui regolamenti relativi ai vincoli delle prestazioni (paragrafo seguente paragrafo 3), sulle professioni non assicurabili (paragrafo 6.1.5 delle CGA), sulle esclusioni (paragrafo seguente 4) e sulla riduzione delle somme assicurative a partire dal 70esimo anno di età (paragrafo 5). Tali regolamenti valgono per tutte le prestazioni.

2. Quali tipi di prestazioni sono concordati?

Di seguito sono descritti i tipi di prestazione concordati.

Le somme assicurative concordate risultano dai documenti pubblicati in seguito alla stipulazione o all'estensione del contratto.

2.1. Prestazione d'invalidità

2.1.1. Presupposti per la prestazione:

- 2.1.1.1. Il rendimento fisico o mentale della persona assicurata è compromesso in modo permanente a causa di un infortunio (invalidità).

Il danno è considerato permanente se presumibilmente sussisterà per più di tre anni e non ci si può aspettare un cambiamento dello stato di salute.

L'invalidità è

- insorta entro un anno dall'infortunio e
- accertata per iscritto da un medico e rivendicata dall'assicurato presso la nostra sede dietro presentazione di un certificato medico entro quindici mesi dall'infortunio.

- 2.1.1.2. Non sussiste alcun diritto alla prestazione d'invalidità se la persona assicurata muore entro un anno dall'infortunio per cause legate allo stesso.

2.1.2. Tipo ed entità della prestazione:

- 2.1.2.1. La prestazione d'invalidità viene corrisposta in un'unica soluzione pari alla somma assicurativa concordata.

- 2.1.2.2. La base di calcolo della prestazione è rappresentata dalla somma assicurativa e dal grado d'invalidità causato dall'infortunio.

- 2.1.2.2.1. In caso di perdita o di completa inabilità funzionale delle seguenti parti del corpo e organi sensoriali valgono esclusivamente i seguenti gradi di invalidità:

Braccio	80%
Braccio fino a sopra il gomito	75%
Braccio sotto al gomito	70%
Mano	70%
Pollice	25%
Indice	15%
Un altro dito	10%
Gamba	
più della metà della coscia	80%
fino metà coscia	70%
fino a sotto il ginocchio	60%
fino a metà polpaccio	55%
Piede	50%
Alluce	10%
Altri toe	5%
Occhio	60%
a condizione che si era già persa la vista dell'altro occhio prima dell'infortunio	100%
Udito da un orecchio	35%
se tuttavia, la perdita dell'udito dell'orecchio risultasse perso prima dell'infortunio	100%
Udito di entrambe orecchie	100%
Olfatto	10%
Gusto	10%

In caso di perdita parziale o di parziale danneggiamento funzionale della parte del corpo o dell'organo sensoriale viene calcolata la parte corrispondente della rispettiva percentuale.

- 2.1.2.2.2. Per altre parti del corpo od organi sensoriali il grado di invalidità viene misurato sulla base dell'entità del danno complessivo rispetto al normale rendimento fisico e mentale. A tal fine vanno consultati esclusivamente pareri medici.
- 2.1.2.2.3. Qualora le parti del corpo o gli organi sensoriali o le loro funzioni fossero già danneggiate in modo permanente prima dell'infortunio, il grado di invalidità verrà ridotto della precedente invalidità che deve essere calcolata secondo il paragrafo 2.1.2.2.1 e il paragrafo 2.1.2.2.2.
- 2.1.2.2.4. Qualora più parti del corpo od organi sensoriali siano stati danneggiati durante l'infortunio, i singoli gradi di invalidità calcolati secondo le disposizioni precedenti vengono sommati. Il grado massimo di invalidità complessivo è pari al 100 per cento.
- 2.1.2.2.5. Scala di invalidità progressiva 225 per cento

In caso di un grado di invalidità

- fino al 25 per cento, non si verifica alcun aumento della prestazione assicurativa;
- dal 26 al 50 per cento, ogni punto percentuale superiore a 25 viene raddoppiato;
- al di sopra del 50 per cento, ogni punto percentuale superiore a 50 viene triplicato.

Questo indennizzo si ripercuote sull'entità della prestazione d'invalidità in dettaglio come segue:

Grado inv. dovuto all' infortunio	Prestazione dell' assic.	Grado inv. dovuto all' infortunio	Prestazione dell' assic.	Grado inv. dovuto all' infortunio	Prestazione dell' assic.
da %	a %	da %	a %	da %	a %
26	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

- 2.1.2.3. Qualora la persona assicurata muoia
 - entro un anno dall'infortunio per cause estranee allo stesso o
 - dopo più di un anno dall'infortunio indipendentemente dalla causa del decesso,

ed era insorto un diritto a prestazione d'invalidità, la prestazione è pari al grado di invalidità che sarebbe risultato dalle perizie mediche.

2.2. Prestazione in caso di decesso

2.2.1. Presupposti per la prestazione:

La persona assicurata è morta a causa dell'infortunio secondo il paragrafo 1 entro un anno dall'accaduto.

Prestare attenzione agli obblighi particolari specificati nel seguente paragrafo 6.1.3.

2.2.2. Entità della prestazione:

La prestazione corrisposta in caso di decesso è pari alla somma assicurativa concordata.

2.3. Spese di soccorso/trasporto

2.3.1. Presupposti per la prestazione:

2.3.1.1. La persona assicurata ha subito o ha rischiato un infortunio o le circostanze concrete hanno fatto pensare ad un infortunio.

La persona assicurata ha dovuto sostenere delle spese per il proprio soccorso, recupero o ricerca.

2.3.1.2. Un terzo (ad es. un altro assicuratore)

- non è tenuto a versare la prestazione o
- contesta il suo obbligo alla prestazione o
- ha versato la sua prestazione, la quale tuttavia non è stata sufficiente a coprire le spese sostenute.

2.3.2. Tipo ed entità della prestazione:

È garantito il rimborso delle spese fino all'importo concordato per

2.3.2.1. interventi di ricerca, soccorso e recupero di dispersi, feriti o deceduti svolti da servizi di soccorso pubblici o privati, qualora tali servizi siano a pagamento;

2.3.2.2. il trasporto della persona ferita, in seguito a disposizioni mediche, in ospedale, in una clinica specializzata o in un centro di cura adeguato;

2.3.2.3. trasferimenti da un ospedale all'altro, oppure in un centro di cura adeguato;

2.3.2.4. in caso di infortunio con esito fatale le spese per il trasporto della salma all'ultimo domicilio fisso.

2.4. Spese per cure mediche

2.4.1. Presupposti per la prestazione:

2.4.1.1. La persona assicurata necessita di cure mediche in seguito a un incidente subacqueo.

2.4.1.2. Un terzo (ad es. un altro assicuratore)

- non è tenuto a versare la prestazione o
- contesta il suo obbligo alla prestazione o
- ha versato la sua prestazione, la quale tuttavia non è stata sufficiente a coprire le spese sostenute.

2.4.2. Tipo di prestazione

La copertura assicurativa comprende a livello nazionale e all'estero

- il rimborso delle spese per il trattamento di ricompressione in camera iperbarica o di ossigenoterapia necessario a causa di un incidente subacqueo,
- il rimborso delle spese per il trattamento di lesioni dimostrabilmente riconducibili a un incidente subacqueo o tipiche dell'attività subacquea.

2.4.3. Entità della prestazione:

2.4.3.1. L'entità della prestazione complessiva corrisponde alle somme indicate sui documenti pubblicati in seguito alla stipulazione o all'estensione del contratto.

2.4.3.2. Qualora l'assicurato disponga di più assicurazioni contro gli infortuni stipulate presso Chubb, il rimborso delle spese concordate per il trattamento in camera iperbarica può essere rivendicato in base a un solo contratto.

3. Quali sono le conseguenze di malattie o disabilità?

In qualità di assicuratore contro gli infortuni eroghiamo prestazioni per le conseguenze dell'infortunio. Qualora malattie o disabilità abbiano contribuito al danneggiamento della salute causato da un evento d'infortunio o alle sue conseguenze, viene ridotta

- in caso di invalidità la percentuale del grado di invalidità,
- in caso di decesso la prestazione

in base all'entità della malattia e della disabilità.

Qualora il contributo di malattie e disabilità sia inferiore al 25 per cento, tale riduzione non viene applicata.

4. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa?

Oltre alle esclusioni specificate nel paragrafo 6 delle CGA valgono le seguenti esclusioni:

4.1. La copertura assicurativa non si estende ai seguenti infortuni:

- 4.1.1. infortuni della persona assicurata causati da disturbi mentali e disordini dello stato di coscienza, anche se causati da ebbrezza e consumo di droghe, nonché ictus cerebrale, attacchi epilettici o altre crisi convulsive che colpiscono l'intero corpo della persona assicurata.

Tuttavia sussiste una copertura assicurativa, se questi disturbi o attacchi sono stati causati da un evento d'infortunio contemplato nel presente contratto.

4.1.2. infortuni durante le seguenti immersioni:

- 4.1.2.1. immersioni durante le quali non vengono osservati, intenzionalmente o per negligenza grave, i consigli delle associazioni riconosciute a livello internazionale per l'attività subacquea del tempo libero oppure le disposizioni delle normative di prevenzione degli incidenti per sommozzatori di professione („Taucherarbeiten“) emesse dall'associazione di categoria o da società pubbliche analoghe;
- 4.1.2.2. in caso di mancata osservanza dei consigli generali durante immersioni speleo, sui relitti e sotto il ghiaccio;
- 4.1.2.3. immersioni in cui vengono utilizzati altri gas di respirazione oltre all'aria pressurizzata o all'aria arricchita con ossigeno (nitrox), se il sommozzatore non può dimostrare di avere una specifica formazione al riguardo o l'immersione non si è svolta nell'ambito di un corso di formazione per immersioni con miscele gassose.

Tuttavia, anche in assenza di una tale formazione supplementare, la copertura assicurativa comprende la decompressione con ossigeno puro fino a un massimo di 6 metri di profondità.

- 4.1.2.4. Immersioni volte alla ricerca di materiale esplosivo;

4.2. Sono inoltre esclusi i seguenti danni:

- 4.2.1. danni ai dischi intervertebrali, emorragie da organi interni ed emorragie cerebrali.

Tuttavia sussiste una copertura assicurativa se la causa principale corrisponde a un evento d'infortunio specificato nel paragrafo 1.3 o 1.3.

4.2.2. danni alla salute causati da radiazioni

4.2.3. infezioni.

- 4.2.3.1. Le infezioni sono escluse anche quando causate
- da punture o morsi di insetti oppure
 - da lesioni cutanee e delle mucose di lieve entità

attraverso le quali gli agenti patogeni sono penetrati nel corpo immediatamente o in un secondo tempo.

4.2.3.2. La copertura assicurativa si estende a

- rabbia e tetano così come a
- infezioni, in cui gli agenti patogeni sono penetrati nel corpo attraverso lesioni conseguenti all'infortunio non escluse nel paragrafo 4.2.3.1.

- 4.2.4. Intossicazioni causate dall'ingerimento di sostanze solide o liquide per bocca.
- 4.2.5. Disturbi patologici causati da reazioni psichiche anche se le stesse sono causate da un incidente.

5. In che misura si riducono le somme assicurative al raggiungimento del 70esimo anno di età?

Fino alla scadenza dell'anno di assicurazione in cui la persona assicurata compie il 70esimo anno di età, sussiste una copertura assicurativa pari alle somme assicurative concordate. Successivamente il contratto assicurativo prosegue automaticamente applicando una riduzione del 50 per cento delle somme assicurative.

Evento assicurato

6. A cosa prestare attenzione quando subentra un un infortunio (obblighi)?

- 6.1. Oltre agli obblighi specificati nel paragrafo 4 delle CGA sussistono i seguenti obblighi:
 - 6.1.1. In seguito a un infortunio che presumibilmente comporterà un obbligo alla prestazione, la persona assicurata deve immediatamente
 - consultare un medico,
 - seguire le sue disposizioni e
 - informarci dell'accaduto.
 - 6.1.2. La persona assicurata deve acconsentire a farsi visitare anche da eventuali medici da noi incaricati. I costi relativi a queste visite mediche, incluso il mancato guadagno della persona assicurata, sono a nostro carico.
 - 6.1.3. Qualora l'infortunio comporti la morte della persona assicurata, dobbiamo essere informati dell'accaduto entro 48 ore dalla presa d'atto, anche se l'infortunio era già stato precedentemente denunciato. Se necessario deve esserci concesso il diritto di far eseguire un'autopsia da un medico da noi incaricato.
- 6.2. Esistono ulteriori scadenze da rispettare relative ai singoli tipi di prestazione, le quali tuttavia non implicano obblighi bensì presupposti per le rivendicazioni.

7. Quali sono le conseguenze del mancato adempimento degli obblighi?

Le conseguenze della violazione degli obblighi sono specificate nel paragrafo 4.4 delle CGA.

8. Quando scadono i versamenti delle prestazioni?

- 8.1. Siamo tenuti a spiegare per iscritto entro un mese, e in caso di invalidità entro tre mesi, se e in quale misura riconosciamo una rivendicazione. L'inizio della scadenza corrisponde alla data in cui pervengono i seguenti documenti presso la nostra sede:
 - documento esplicativo della dinamica e delle conseguenze dell'incidente,
 - in caso di rivendicazione d'invalidità ulteriore attestato giustificativo delle cure mediche, qualora necessario per la valutazione dell'invalidità;Le spese mediche che insorgono per la giustificazione della rivendicazione della prestazione sono a nostro carico.
- 8.2. Ad avvenuto riconoscimento da parte nostra del diritto alla prestazione oppure in seguito a un accordo tra le parti su meriti e ammontare, provvediamo al versamento della prestazione entro due settimane.
- 8.3. Qualora inizialmente l'obbligo alla prestazione sia definito soltanto in base ai meriti, su richiesta possiamo provvedere al versamento di un congruo anticipo.

Prima del termine delle cure mediche, entro un anno dall'infortunio può essere rivendicata una prestazione d'invalidità massima pari alla somma concordata per il caso di decesso.
- 8.4. Rivalutazione dell'invalidità
 - 8.4.1. Sia l'assicurato che l'assicuratore sono autorizzati a far rivalutare annualmente da un medico il grado d'invalidità, per un massimo di tre anni dopo l'infortunio.
 - 8.4.2. Questo diritto deve essere esercitato

- da noi insieme alla nostra dichiarazione di obbligo alla prestazione come specificato nel paragrafo 8.1,
 - dall'assicurato entro la scadenza specificata nel paragrafo 8.4.1.
- 8.4.3. Per poter esercitare il proprio diritto di rivalutazione dell'invalidità secondo il paragrafo 8.4.1 entro i termini stabiliti nel paragrafo 8.4.2, l'assicurato deve darci la possibilità di incaricare per tempo, entro la scadenza specificata nel paragrafo 8.4.1, un medico della visita della persona assicurata. La sua dichiarazione relativa alla volontà di esercitare questo diritto dovrebbe pervenire a noi prima possibile nel corso dei tre mesi successivi alla nostra dichiarazione di obbligo alla prestazione conformemente al paragrafo 8.1, e comunque al più tardi tre mesi prima del termine della scadenza indicato nel paragrafo 8.4.2.

Parte IV Condizioni specifiche per l'assicurazione di responsabilità civile privata per subacquei - qualora concordata

Le Condizioni Specifiche e la descrizione dei rischi dell'assicurazione di responsabilità civile privata per subacquei sono valide solo congiuntamente alle CGA.

Estensione dell'assicurazione

1. Cosa comprende l'assicurazione?

Si ha copertura assicurativa nel caso in cui, in seguito ad un sinistro verificatosi durante il periodo di validità del presente contratto assicurativo, che ha cagionato

- la morte, lesioni fisiche e danni alla salute di persone (danni alle persone) o
 - il danneggiamento o la distruzione di cose (danni alle cose),
- vengano avanzate richieste di risarcimento danni nei confronti della persona assicurata in virtù delle disposizioni legislative vigenti in materia di responsabilità civile di privati.

2. A che cosa si estende la copertura assicurativa?

2.1. Rischi assicurati

La copertura assicurativa copre – nei limiti delle seguenti disposizioni – i rischi di responsabilità civile obbligatoria gravanti sulla persona assicurata in qualità di privato durante l'esercizio dell'attività subacquea.

2.2. Decorrenza della copertura assicurativa

La copertura assicurativa sussiste soltanto durante le immersioni. Vi rientrano anche le attività preparatorie e finali immediatamente prima e dopo l'immersione.

2.3. Esclusioni o limitazioni della copertura assicurativa

2.3.1. Attività professionali o altre attività

Sono esclusi i rischi connessi all'esercizio di un'attività d'impresa, di una professione, di una funzione o di una carica (anche onoraria), in particolare di qualsiasi attività retribuita o non retribuita come istruttore subacqueo, dive guide, ecc.

2.3.2. Autoveicoli, velivoli, imbarcazioni

2.3.2.1. La copertura assicurativa non copre i rischi di responsabilità civile gravante sul proprietario, possessore, detentore o conducente di un autoveicolo, velivolo o imbarcazione per i danni causati dall'uso del medesimo o per danni causati al medesimo – anche se verificatisi durante l'attività subacquea.

2.3.3. La copertura assicurativa non copre i rischi di responsabilità civile obbligatoria derivante da immersioni, durante le quali non vengano osservate, intenzionalmente o per negligenza grave, le raccomandazioni di associazioni riconosciute a livello internazionale per l'attività subacquea dilettantistica.

3. Quali prestazioni vengono erogate e fino a quale ammontare?

3.1. Tipologia delle prestazioni

La copertura assicurativa comprende

- 3.1.1. l'accertamento della responsabilità civile;
 - 3.1.2. il rigetto di richieste di risarcimento infondate;
 - 3.1.3. il tenere indenne la persona assicurata dalle obbligazioni risarcitorie fondate;
- Le obbligazioni risarcitorie sono fondate soltanto allorché la persona assicurata è obbligata a corrispondere un indennizzo in virtù della legge, di una sentenza definitiva, di un'accettazione o un accordo transattivo con carattere vincolante nei nostri confronti. Accettazioni pronunciate o accordi

transattivi pattuiti dalla persona assicurata senza il nostro consenso, hanno carattere vincolante soltanto qualora il diritto al risarcimento sarebbe stato fondato anche senza l'accettazione o l'accordo transattivo.

Una volta accertata la sussistenza di un obbligo al risarcimento della persona assicurata con carattere per noi vincolante, siamo tenuti a sollevare la persona assicurata dalle pretese di terzi entro quattro settimane.

- 3.1.4. le spese legali conformi al tariffario o, eventualmente, maggiori se concordate con noi per la nomina di un avvocato di nostra scelta o da noi autorizzato per la difesa della persona assicurata in un procedimento penale per un sinistro suscettibile di produrre richieste di risarcimento rientranti nella copertura assicurativa;
 - 3.1.5. la prestazione di una garanzia o la costituzione di un deposito cauzionale in luogo della persona assicurata se quest'ultima è tenuta a fornire una garanzia per la corresponsione di una rendita vitalizia dovuta per legge a seguito dell'evento assicurato o se alla persona assicurata viene concessa la sospensione dell'esecuzione della decisione giudiziaria in virtù della prestazione di una garanzia o della costituzione di un deposito cauzionale;
 - 3.1.6. la gestione di una controversia a nome della persona assicurata se un evento assicurato porta a una controversia sul diritto al risarcimento tra la persona assicurata e la persona lesa o i suoi aventi diritto. Le relative spese legali sono a nostro carico.
- 3.2. Entità delle prestazioni
- 3.2.1. Massimale per singolo sinistro
 - 3.2.1.1. L'entità dell'indennizzo è limitata ai massimali concordati per ogni evento assicurato. I limiti concordati valgono anche qualora la copertura assicurativa si estenda a più persone aventi diritto all'indennizzo.

Più eventi dannosi temporalmente correlati e aventi la medesima origine si considerano come un unico sinistro.

I massimali e le franchigie pattuite per persona assicurata sono riportate nella tabella riepilogativa "Prestazioni e massimali" allegata alle presenti condizioni d'assicurazione.

L'entità delle prestazioni complessive erogate per tutti i sinistri verificatisi nell'anno assicurativo per persona assicurata è limitata al doppio del massimale pattuito.
 - 3.2.1.2. Le prestazioni consistono nell'indennizzo delle richieste fondate e nella difesa contro pretese infondate, inclusi interessi compensatori, costi di riduzione del danno, costi per perizie, spese legali, spese giudiziali, costi per il tribunale arbitrale e costi di intermediazione, spese della controparte, limitatamente alla somma assicurata stabilita nella polizza.
 - 3.2.1.3. Se la persona assicurata è tenuta a corrispondere una rendita vitalizia alla persona lesa e il valore capitale della rendita vitalizia supera il massimale o la sua rimanenza al netto delle eventuali altre prestazioni erogate nell'ambito del medesimo evento assicurato, la rendita vitalizia da corrispondere è rimborsata unicamente in ragione del rapporto tra il massimale o la rimanenza e il valore capitale della rendita vitalizia.

Per il calcolo del rapporto tra le due grandezze, il valore capitale della rendita vitalizia nonché l'entità della copertura assicurativa vengono determinate in base a quanto stabilito nella dichiarazione resa all'Autorità di sorveglianza competente conformemente al business plan.
 - 3.2.2. Limitazione di oneri aggiuntivi causati dalla persona assicurata
Nel caso in cui l'evasione di una pratica di risarcimento mediante accettazione, liquidazione o accordo transattivo da noi sollecitata non vada a buon fine a causa del comportamento ostativo della persona assicurata, non siamo tenuti a farci carico degli oneri aggiuntivi dovuti per prestazioni risarcitorie, interessi e spese a partire dal rifiuto opposto dalla persona assicurata.
 - 3.2.3. Altre assicurazioni di responsabilità civile
Qualora si abbia un'altra copertura assicurativa, quest'ultima prevale sulla presente assicurazione di responsabilità civile per subacquei. Ciò comporta che noi eroghiamo le prestazioni solo e nella misura in cui non sia possibile ottenere alcuna prestazione da un altro contratto d'assicurazione (sussidiarietà).

4. Soggiorni all'estero temporanei

È compresa la responsabilità civile obbligatoria per eventi assicurati verificatisi all'estero, purché il soggiorno all'estero non abbia una durata superiore a 56 giorni.

5. Quali casi sono esclusi dalla copertura assicurativa? (esclusioni)

Oltre alle esclusioni indicate al paragrafo 6 delle CGA, la copertura assicurativa non si estende alle richieste di risarcimento per responsabilità civile

- 5.1. qualora queste ultime, in virtù del contratto o di particolari accordi, eccedano i massimali di responsabilità civile della persona assicurata fissati per legge;

per danni causati
- 5.2. a seguito dell'esercizio di attività venatorie
- 5.3. danni dovuti all'usura e danni che possono essere previsti con elevata probabilità;
- 5.4. per sinistri occorsi a familiari conviventi della persona assicurata;
Per familiari si intendono il coniuge/il convivente, i genitori e i figli, i genitori adottivi e i figli adottivi, i suoceri, i generi e le nuore, i patrigni, le matrigne e i figliastri, i nonni e i nipoti, i fratelli e le sorelle nonché i genitori affidatari e i figli in affido (soggetti legati da un rapporto parafamiliare, duraturo analogo a quello che intercorre tra genitori e figli).
- 5.5. per sinistri occorsi alle persone dichiarate incapaci o limitatamente capaci di intendere e di volere da rappresentanti legali;
- 5.6. per danni su beni di terzi e per tutti i danni patrimoniali che ne conseguono, qualora la persona assicurata abbia preso in affitto, in leasing, in locazione, in prestito il bene o sia indebitamente giunta in possesso del bene con la forza o il bene sia oggetto di un particolare contratto di custodia;
- 5.7. per i danni correlati direttamente o indirettamente alle radiazioni ionizzanti ad alta energia (p.e. radiazioni provenienti da sostanze radioattive o raggi x) nonché raggi laser e maser;
- 5.8. per i danni conseguenti a impatti ambientali pregiudizievoli su terreno, aria o acqua (compresi i danni alle risorse idriche) e tutti i danni che ne conseguono;
- 5.9. per i danni derivanti dallo scambio, trasmissione o messa a disposizione di dati elettronici purché relativi a
 - 5.9.1. cancellazione, soppressione, inutilizzabilità o modifica di dati,
 - 5.9.2. mancata registrazione o erroneo salvataggio di dati,
 - 5.9.3. difficoltà nell'accesso allo scambio elettronico di dati,
 - 5.9.4. trasmissione di dati o informazioni riservate;
- 5.10. per danni derivanti da violazioni dei diritti alla personalità o al nome;
- 5.11. per danni derivanti da atteggiamenti ostili, vessatori, molestie, disparità di trattamento o altre discriminazioni;
- 5.12. per danni alla persona derivanti dalla trasmissione di una malattia di cui è affetta la persona assicurata. In questo caso si ha invece copertura assicurativa se la persona assicurata dimostra che non ha agito intenzionalmente o per un atto di negligenza grave.
- 5.13. per pericoli collettivi derivanti da danni manifestamente attribuibili a eventi bellici, ostilità, rivolte, disordini interni, scioperi generali, scioperi illegali o direttamente da provvedimenti o misure emanati da autorità superiori. Lo stesso dicasi per i danni causati da forza maggiore, purché provocati dall'effetto di eventi naturali elementari.
- 5.14. per indennizzi con carattere punitivo soprattutto danni punitivi o esemplari.

Evento assicurato

6. Che cosa fare in caso di evento assicurato? (obblighi)

Oltre a quanto indicato al paragrafo 4 delle CGA, la persona assicurata, allorché si verifica l'evento assicurato, deve ottemperare ai seguenti obblighi:

6.1. Denuncia del sinistro

6.1.1. Ogni sinistro deve esserci immediatamente comunicato, anche nel caso in cui non siano state ancora avanzate richieste di risarcimento.

6.1.2. Se nei confronti della persona assicurata viene avanzata una richiesta di risarcimento per responsabilità civile, viene avviato un procedimento da parte del pubblico ministero o un procedimento amministrativo o giudiziale, emesso un decreto ingiuntivo o annunciato l'avvio di un'azione legale, essa è parimenti tenuta a darne immediata comunicazione.

6.2. Decreti ingiuntivi/ordinanze

Contro decreti ingiuntivi e ordinanze delle autorità amministrative di risarcimento danni, la persona assicurata deve presentare ricorso entro i termini o avvalersi di altri rimedi giuridici. Non è necessario attendere istruzioni da parte di Chubb.

6.3. Gestione del processo

Se nei confronti della persona assicurata viene fatta valere in giudizio una richiesta di risarcimento per responsabilità civile, la persona assicurata deve affidare a Chubb la gestione del procedimento. Chubb nomina a nome e per conto della persona assicurata un avvocato. La persona assicurata deve rilasciare una procura all'avvocato, fornirgli tutte le informazioni necessarie e mettergli a disposizione la documentazione richiesta.

6.4. Autorizzazione

6.4.1. Chubb si considera autorizzata a rendere tutte le dichiarazioni ritenga opportune ad accogliere o rigettare la richiesta a nome della persona assicurata.

6.4.2. Se per le mutate circostanze la persona assicurata riesce ad ottenere la sospensione o la riduzione della rendita vitalizia da erogare, ella è tenuta a far esercitare tale diritto da Chubb per suo conto.

6.5. Conseguenze della violazione degli obblighi

Le conseguenze della violazione degli obblighi sono specificate nel paragrafo 5 delle CGA.

Contatti

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Bärengasse 32
CH-8001 Zurich
Svizzera
O + 41 43 456 76 00
F +41 43 456 76 01
www.chubb.com/ch



Chubb. Insured.SM