

ARCA MY FAMILY - 180



Assicurazione sulla vita di puro rischio

Gentile cliente, alleghiamo i seguenti documenti:

- SET INFORMATIVO comprensivo di:
 - Documento informativo precontrattuale (DIP) Vita
 - Documento informativo precontrattuale (DIP) Aggiuntivo Vita
 - Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
 - Modulo di proposta
- Informativa privacy

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: ARCA VITA S.p.A.




Prodotto: Arca My Family - 180 (Tariffa 180)

Il presente DIP è stato realizzato in data 03/07/2025 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile


Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

E' un'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale ed a premio annuo costanti per tutta la durata del contratto.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni? <p>L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:</p> <p>Prestazione Principale:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Prestazione in caso di decesso: il prodotto offre una copertura assicurativa che opera in caso di decesso dell'Assicurato e che consiste nel pagamento del capitale assicurato in un'unica soluzione. <p>La garanzia principale può essere integrata mediante la seguente garanzia integrativa.</p> <p>Prestazione Complementare:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Prestazione in caso di invalidità totale e permanente: il prodotto offre un'ulteriore copertura facoltativa, se espressamente richiesta, che opera qualora per l'Assicurato, a seguito di malattie o infortuni indipendenti dalla sua volontà, sopraggiunga lo stato di Invalidità totale e permanente. Si definisce colpito da Invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a seguito di malattie o infortuni indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e diagnosticate o sopravvenuti dopo la stipula e prima della Cessazione dell'assicurazione, abbia perso in modo totale e permanente la capacità di esercizio di qualunque attività lavorativa indipendentemente dalla professione da lui svolta al momento del Sinistro. L'invalidità si intende totale quando, ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12/07/2000 concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali, sia superiore al 65%. La prestazione consiste nel pagamento del capitale assicurato in un'unica soluzione. <p>Il capitale assicurato varia da un minimo pari a € 25.000,00 a un massimo pari a € 250.000,00.</p> <p>Per informazioni integrative si rimanda alle Condizioni di assicurazione.</p>	 Che cosa NON è assicurato? <p>L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.✗ In caso di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.  Ci sono limiti di copertura? <ul style="list-style-type: none">! E' previsto un periodo di carenza di durata pari a 6 mesi nel quale la copertura assicurativa non è piena. In caso di sinistro durante questo periodo, la prestazione viene liquidata integralmente solo se tale sinistro è conseguenza diretta di malattie infettive acute, indicate in dettaglio alla medesima Sezione delle Condizioni di Assicurazione, shock anafilattico o infortunio, sopravvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.! E' prevista una carenza per il sinistro dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, pari a 5 anni. Qualora la Società abbia richiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non aderisca a tale richiesta, il periodo di carenza viene esteso a 7 anni.! L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.! Non sono coperti dalla garanzia il decesso e l'invalidità totale e permanente, causati dal dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.! Sono esclusi inoltre dalle garanzie il decesso e l'invalidità totale e permanente dovuti direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo VITA.
--	---

 Dove vale la copertura?
Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.

 Che obblighi ho?
Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società modifiche di professione o di attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del Codice Civile. Il Contraente è altresì tenuto a rendere comunicazioni esatte e complete

e comunicare tempestivamente il trasferimento verso uno Stato diverso dall'Italia.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati.

Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità. Si rinvia all'Allegato A – "Documentazione da presentare alla Società in relazione alla causa del pagamento" delle Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.



Quando e come devo pagare?

Il contratto è a premio annuo costante per tutta la durata del contratto.

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato, alla durata del contratto, all'ammontare del capitale assicurato, alla tipologia di copertura prescelta, nonché in base ad eventuali aggravamenti del rischio legati alla professione, allo stato di salute o attività sportive considerate maggiormente rischiose (sovrappremi).

Il premio deve essere corrisposto alla Compagnia mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente in conformità della proposta. Le rate di premio successive alla prima dovranno essere anch'esse corrisposte mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente oppure, in caso di estinzione di tale conto, potranno essere corrisposte mediante bonifico bancario a favore della Compagnia, specificando nella causale nome e cognome del Contraente ed il numero di polizza.

Il premio può essere anche frazionato in rate semestrali o trimestrali o mensili.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso.

La durata della copertura varia da un minimo di 5 anni, ad un massimo di 20 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 75 anni. La copertura per invalidità totale e permanente cessa al raggiungimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Il contratto s'intende concluso nel momento in cui il Contraente riceve da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della proposta. Il contratto concluso decorre dalle ore 24:00 della data indicata in proposta come data di decorrenza, alla condizione che il pagamento del premio iniziale sia andato a buon fine. Il mancato pagamento del premio posticipa la decorrenza del contratto e quindi delle prestazioni assicurate, fino alle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del premio iniziale alla Compagnia sia andato a buon fine, di conseguenza la Compagnia non pagherà eventuali sinistri avvenuti prima del pagamento del premio iniziale.

L'assicurazione cessa alla data di scadenza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del Contratto. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Il Contraente può recedere dal Contratto entro sessanta giorni dal momento in cui è informato della sua conclusione. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

È facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi con l'effetto che, se il premio non viene pagato entro i trenta giorni successivi alla data di scadenza dello stesso, le garanzie, se non riattivate, vengono sospese.

Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SÌ ☒ NO

Il Contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Arca My Family - 180 (Tariffa 180)

Il presente DIP è stato realizzato in data 10/02/2026 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Arca Vita S.p.A. ("Arca Vita", la "Compagnia" o la "Società") è una società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. n. 18331 del 9 novembre 1989 (G.U. 28/11/1989) ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione al N. 1.00082.

Sede Legale e Direzione Generale in Via del Fante, 21 - 37122 Verona (Italia); recapito telefonico 045.8192111; sito Internet www.arcassicura.it; indirizzo di posta elettronica informa@arcassicura.it; indirizzo di posta elettronica certificata arcavita@pec.unipol.it.

In base all'ultimo bilancio approvato, il patrimonio netto della Società è pari a 454.317.649 euro, il risultato economico di periodo è pari a 138.963.598 euro. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2024 è pari a 2,41 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). Per maggiori informazioni sulla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR), si rimanda al seguente link https://static.sitewww.arcassicura.it/Relazione_Solvibilita_Arca_Vita_Spa_2024_4e30dd07b9.pdf.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto scritto nel DIP Vita, con riferimento a entrambe le garanzie, sono esclusi i sinistri causati da:

- ! Partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi.
- ! Guerra e insurrezioni.
- ! Atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche.
- ! Suicidio o tentativo di suicidio se avviene nei primi 2 anni dalla data di decorrenza del contratto; trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto.
- ! Malattie già diagnosticate e/o conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione, qualora non dichiarati ed eventualmente accettati dall'assicuratore.
- ! Uso di alcol oltre i limiti previsti per legge, stato di ebbrezza, ubriachezza, alcolismo acuto o cronico, assunzione di droghe, assunzione di farmaci a dosi non terapeutiche e non prescritti da medici abilitati alla professione.
- ! Guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.
- ! Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia collegata a infezione HIV, qualora non sia stato eseguito il test HIV in sede di sottoscrizione e se avvenuti entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza della Polizza.

Limitatamente alla sola garanzia complementare in caso di Invalidità totale e permanente, sono altresì esclusi i sinistri causati da:

- ! Tutte le patologie mentali e del comportamento indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10 capitolo V, sezioni F00-F99 (ad esempio: depressione, schizofrenia, psicosi, demenza nella malattia di Alzheimer, ecc.).
- ! Le seguenti patologie del sistema nervoso indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10, capitolo VI: Malattia di Alzheimer (G30), emicrania (G43), altri sindromi di mal di testa (G44), attacchi transitori ischemici (G45), disturbi del sonno eccetto apnee nel sonno (G47 eccetto G47.3), disturbi del nervo trigemino (G50), nevralgia postherpetica (G53.0), sindrome da fatica post virale (G93.3).

Si evidenzia che sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti a:

esercizio delle seguenti attività lavorative, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore:

- ! estrazione petrolio o gas naturali;
- ! in miniere o altiforni;
- ! a contatto con esplosivi,
- ! pesticidi o altri materiali chimici pericolosi, tra cui l'amianto;
- ! ad altezze superiori a 5mt dal suolo (impalcature, tetti, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza;

- ! servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari, eccetera) con uso di armi;
- ! vigili del fuoco;
- ! attività subacquee;

esercizio delle seguenti attività sportive, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore:

- ! qualunque come professionista;
- ! di combattimento (quali pugilato, lotta, karatè);
- ! aerei (quali deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping);
- ! immersioni con autorespiratore;
- ! scalate in parete;
- ! con mezzi a motore.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche e alle ditte individuali che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di decesso dell'Assicurato mediante la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.

L'età dell'assicurato alla decorrenza del contratto non deve essere inferiore ai 18 anni o superiore ai 65 anni.



Quali costi devo sostenere?

- **Costi gravanti sul premio**
 - Spese di emissione del contratto (costo che viene trattenuto dal premio iniziale): € 12,50
 - Spese di incasso (costo che viene trattenuto sulle annualità di premio successive alla prima): € 12,50
- **Caricamento sui premi:** su ogni premio, Arca Vita S.p.A. trattiene, a titolo di caricamento, un costo espresso in percentuale del premio netto, pari al 37%
- **Interessi di frazionamento:** per questo prodotto non sono previsti interessi di frazionamento
- **Costo visita medica:** per alcune combinazioni di capitale assicurato ed età dell'Assicurato, come da tabella seguente, viene richiesto che l'Assicurato si sottoponga a visita medica e ad altri accertamenti sanitari, richiesti dalla Compagnia ai fini dell'assunzione del rischio.

Età dell'Assicurato	Capitali assicurati
fino a 60 anni	Oltre € 200.000,00
oltre	Oltre € 100.000,00

AVVERTENZA: i costi relativi alla visita medica ed agli altri accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato e sono pari alle tariffe applicate dalle strutture mediche a cui si rivolge l'Assicurato stesso.

- **Costi per riscatto:** per questo prodotto non è prevista la possibilità di riscatto
- **Costi per l'erogazione della rendita:** per questo prodotto non è prevista la possibilità di conversione in rendita
- **Costi per l'esercizio delle opzioni:** per questo prodotto non è prevista la possibilità esercizio di opzioni
- **Costi di intermediazione**

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto è pari al 28,68% del totale dei costi di prodotto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a: Arca Vita S.p.A., Reclami, Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317, reclami@arcassicura.com. I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'intermediario di riferimento. Nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza. Il termine massimo per il riscontro al reclamante è di 45 giorni.
----------------------------------	--

All' IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
-------------------	---

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: <ul style="list-style-type: none"> • all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure <ul style="list-style-type: none"> • al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema

delle controversie	estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
--------------------	---

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi versati sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni e quelli versati a copertura del rischio di morte o invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante sono detraibili ai fini IRPEF ai sensi di legge. Le somme corrisposte in caso di decesso o invalidità permanente sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	<i>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (www.arcassicura.it/informativa-oblio-oncologico).</i>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<i>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</i>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



ARCA MY FAMILY - 180

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Comprensive del Glossario

**Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla
semplificazione dei contratti.**



Presentazione

Il prodotto **Arca My Family - 180** è una assicurazione sulla vita di puro rischio rivolta alle persone fisiche e alle ditte individuali, che desiderano tutelarsi in caso di morte o di sopravvenuta Invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Arca My Family - 180 offre una copertura assicurativa in **caso di decesso** e un'ulteriore copertura facoltativa in caso di **Invalidità totale e permanente** (esclusa, quindi, l'inabilità) dell'Assicurato, con il pagamento del Capitale Assicurato in unica soluzione in caso di Sinistro. Tale copertura può essere richiesta esclusivamente in forma complementare, pertanto non è possibile stipulare il presente Contratto con la sola Prestazione in caso di Invalidità totale e permanente.

Si segnala inoltre che il prodotto **Arca My Family - 180** prevede cause di esclusione e di limitazione delle prestazioni, secondo le modalità e nei limiti previsti nelle Condizioni di assicurazione.

Contatti telefonici

Per informazioni sul proprio Contratto, è a disposizione il numero verde di Arca Inlinea **800-849089**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 18,00.

All'interno delle Condizioni di assicurazione sono presenti dei box di consultazione che indicano alcune precisazioni utili sul Contratto.

Il testo contenuto nel box è comunque un esempio con finalità esplicative e non ha alcun valore contrattuale; è quindi sempre necessario fare riferimento alle disposizioni contrattuali.

INDICE

Presentazione	2
Contatti telefonici	2
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	5
Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?	5
Art.1 - Oggetto del Contratto	5
Art.2 - Perdita dei requisiti di sottoscrizione	5
Art.3 - Prestazione assicurata in caso di decesso	5
Art.4 - Valutazione del rischio	5
Ci sono limiti di copertura?	6
Art.5 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni	6
Art.6 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza	7
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	8
Art.7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	8
Art.8 - Denuncia di Sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni	8
Art.9 - Pagamenti della Compagnia	9
Quando e come devo pagare?	9
Art.10 - Composizione del Premio	9
Art.11 - Pagamento del Premio	9
Quando comincia la copertura e quando finisce?	10
Art.12 - Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione	10
Art.13 - Durata contrattuale ed Età dell'Assicurato	10
Art.14 - Sospensione e Riattivazione	10
Come posso revocare la Proposta o recedere dal Contratto?	11
Art.15 - Revoca della Proposta	11
Art.16 - Recesso	11
Sono previsti riscatti o riduzioni?	12
Art.17 - Riscatto e riduzione	12
Altre informazioni	12
Art.18 - Beneficiari delle Prestazioni assicurate	12
Art.19 - Variazioni contrattuali	12
Art.20 - Cessione, pegno o vincolo	13
Art.21 - Tasse ed imposte	13
Art.22 - Foro competente	13
Art.23 - Lingua e legge applicabile	13
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (valida solo se espressamente richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia)	14
Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?	14
Art.24 - Prestazione assicurata complementare in caso di Invalidità totale e permanente	14
Ci sono limiti di copertura?	14
Art.25 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni	14
Art.26 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza	15
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	16

Art.27 - Denuncia di Sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni	16
Art.28 - Valutazione dell'Invalidità totale e permanente dell'Assicurato	16
Art.29 - Pagamenti della Compagnia	17
Quando e come devo pagare?	17
Art.30 - Pagamento del Premio	17
Quando comincia la copertura e quando finisce?	17
Art.31 - Durata della garanzia ed Età dell'Assicurato	17
Altre informazioni	17
Art.32 - Richiamo alle Condizioni	17
Art.33 - Verifiche richieste dalla normativa vigente	17
Art.34 - Vendita a distanza	18
GLOSSARIO	19
ALLEGATO A Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento	22

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?

Art.1 - Oggetto del Contratto

1.1. Arca My Family - 180 è un Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio, la cui Prestazione principale, a fronte del pagamento di un Premio annuo costante per tutta la Durata contrattuale, consiste nel pagamento del Capitale assicurato ai Beneficiari designati, nel caso in cui si verifichi **il decesso dell'Assicurato sempre che non sia intervenuta la Cessazione dell'Assicurazione e qualora sussistano le condizioni previste** all'Artt.5 (Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni) e 6 (Limitazioni delle prestazioni - Carenza). La Garanzia principale può essere integrata, su richiesta del Contraente, soggetta ad accettazione da parte della Compagnia, mediante la **Garanzia complementare in caso di Invalidità totale e permanente**, disciplinata dalle specifiche Condizioni di Assicurazione riportate nella relativa sezione.

1.2. Il presente Contratto – ai fini della sottoscrizione e della validità della copertura assicurativa, fermo restando quanto previsto all'Art.13 (Durata contrattuale ed Età dell'Assicurato) – prevede il possesso dei seguenti requisiti da parte del Contraente e dell'Assicurato:

- **Il Contraente deve essere una persona fisica o una ditta individuale;**
- **Residenza e Domicilio abituale o Sede legale in Italia del Contraente;**
- **Età assicurativa dell'Assicurato compresa tra 18 e 65 anni alla Data di decorrenza del Contratto e non superiore a 75 anni alla Scadenza del Contratto per la Prestazione in caso di morte; non superiore a 65 anni alla Scadenza del Contratto per la Prestazione in caso di Invalidità totale e permanente, se richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia.**

Art.2 - Perdita dei requisiti di sottoscrizione

2.1. Qualora il Contraente trasferisca la propria residenza, il domicilio abituale se persona fisica o la sede legale se persona giuridica in un Paese diverso dall'Italia è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Compagnia.

Il Contraente rimane responsabile per l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni rese e per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione.

La variazione della residenza o, del domicilio abituale se persona fisica o della sede legale se persona giuridica verso uno stato diverso dall'Italia, comporta la cessazione del contratto così come definito all'Art. 12 (Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione).

La Compagnia procederà pertanto a estinguere il Contratto assicurativo, con la conseguente Cessazione dell'assicurazione, al momento in cui è venuta a conoscenza del trasferimento della residenza o del domicilio abituale se persona fisica o della sede legale se persona giuridica; le coperture conseguentemente non saranno più attive e un eventuale Sinistro oltre tale termine non verrà pagato.

Art.3 - Prestazione assicurata in caso di decesso

3.1. La Prestazione principale viene scelta dal Contraente in fase di sottoscrizione della Proposta, è costante per tutta la Durata Contrattuale e rispetta i seguenti limiti:

- capitale minimo assicurabile: € 25.000,00
- capitale massimo assicurabile: € 250.000,00.

Tale Prestazione verrà indicata nella comunicazione scritta di accettazione della Proposta da parte della Compagnia stessa.

3.2 Si segnala che in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di Scadenza del Contratto non verrà pagato alcun capitale; in tal caso, il Contratto si considererà estinto e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Art.4 - Valutazione del rischio

4.1. Ai fini della corretta assunzione del rischio da parte della Compagnia è necessario l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante l'analisi delle informazioni contenute nel Questionario sanitario, che l'Assicurato stesso deve compilare e sottoscrivere.

In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di **leggere le avvertenze contenute nel modulo di Proposta relative alla compilazione del Questionario assuntivo.**

Arca Vita S.p.A. richiede che **l'Assicurato si sottoponga a visita medica e/o ad altri accertamenti sanitari, con costi a carico del Contraente e/o dell'Assicurato stesso**, il quale potrà rivolgersi presso una struttura medica a propria scelta. In particolare viene richiesta la seguente documentazione, in funzione dell' Età dell'Assicurato e del Capitale assicurato:

Età dell'Assicurato	Capitale assicurato Fino a € 100.000,00	Capitale assicurato Da € 100.001,00 a € 200.000,00	Capitale assicurato Da € 200.001,00 a € 250.000,00
Fino a 49 anni	Sottoscrizione Questionario assuntivo	Sottoscrizione Questionario assuntivo	Sottoscrizione Questionario assuntivo + visita medica + Es*
Da 50 a 60 anni	Sottoscrizione Questionario assuntivo	Sottoscrizione Questionario assuntivo	Sottoscrizione Questionario assuntivo + visita medica Es*+ Ecg**
Da 61 a 65 anni	Sottoscrizione Questionario assuntivo	Sottoscrizione Questionario assuntivo + visita medica + Es*	Sottoscrizione Questionario assuntivo + visita medica Es*+ Ecg**

- *ES: Esame delle urine completi ed esami del sangue con: Emocromo, Glicemia, Creatininemia, eGFR, Lipidemia (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi), Transaminasi (AST, ALT, GGT), Test epatite B e C (HBsAg, HBsAb, HCVAb)

- **Ecg: elettrocardiogramma sotto sforzo con referto.

4.2. La Compagnia, una volta esaminati i documenti richiesti, si riserva di:

- accettare la Proposta;
- accettare la Proposta a condizioni derogatorie rispetto alle disposizioni delle presenti Condizioni di assicurazione per quanto riguarda l'ammontare del Premio, le Prestazioni assicurate, il Capitale assicurato;
- rifiutare la Proposta.

4.3. Senza la documentazione sanitaria prevista, indicata al precedente comma 3.1. ed alle condizioni di Carenza indicate all'art.6 (Limitazioni delle prestazioni - Carenza), Arca Vita S.p.A., **non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti di puro rischio stipulati nel quinquennio**, conteggiato a partire dalla Data di decorrenza del primo contratto stipulato, una somma superiore a 200.000,00 euro per assicurati di Età uguale o inferiore a 60 anni e una somma superiore a 100.000,00 euro per assicurati di Età superiore a 60 anni.

Rimane pertanto convenuto che, alla stipulazione di ciascuno di tali contratti, il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona non può superare i limiti sopra indicati.

Pertanto Arca Vita S.p.A., salvo diversi accordi, garantisce fino alle somme sopra indicate e per l'eventuale eccedenza rimborserà le parti dei premi incassati in eccesso, senza aggiunta di interessi.

Ci sono limiti di copertura?

Art.5 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni

5.1. Il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali salvo quanto di seguito indicato. L'Assicurato deve comunque comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di professione.

5.2. Ai fini della Prestazione assicurata in caso di decesso, sono esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti a:

- Dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- Partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Guerra e insurrezioni;
- Atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
- Suicidio o tentativo di suicidio se avviene nei primi 2 anni dalla Data di decorrenza del Contratto; trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del Contratto;
- Malattie già diagnosticate e/o conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione, qualora non dichiarati ed eventualmente accettati dall'assicuratore;
- Uso di alcol oltre i limiti previsti per legge, stato di ebbrezza, ubriachezza, alcolismo acuto o cronico, assunzione di droghe, assunzione di farmaci a dosi non terapeutiche e non prescritti da medici abilitati alla professione;
- Guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia collegata a infezione HIV, qualora non sia stato eseguito il test HIV in sede di sottoscrizione e se avvenuti entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza della Polizza.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti a:

- Esercizio delle seguenti attività lavorative, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore: estrazione petrolio o gas naturali; in miniere o altiforni; a contatto con esplosivi, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi, tra cui l'amianto; ad altezze superiori a 5mt dal suolo (impalcature, tetti, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari, eccetera) con uso di armi; vigili del fuoco; attività subacquee.
- Esercizio delle seguenti attività sportive, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore: qualunque come professionista; di combattimento (quali pugilato, lotta, karatè); aerei (quali deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping); immersioni con autorespiratore; scalate in parete; con mezzi a motore.

Art.6 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza

6.1. E' previsto un periodo di Carenza di durata pari a 6 mesi nel quale la copertura assicurativa non è piena. L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di Carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

La presente assicurazione può essere assunta anche senza visita medica e pertanto si conviene che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla Data di decorrenza del Contratto concluso, Arca Vita S.p.A. corrisponderà - in luogo del Capitale assicurato - solamente una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto delle Spese di emissione.

6.2. Arca Vita S.p.A. non applicherà entro i primi sei mesi dalla Data di decorrenza del Contratto concluso la limitazione sopraindicata qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- a. una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatiti virali, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso;

c. infortunio avvenuto dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso, che abbia come conseguenza la morte.

6.3. Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso avvenga entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza del Contratto concluso e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia collegata a infezione HIV il Capitale assicurato non sarà pagato. Qualora Arca Vita S.p.A. abbia richiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non aderisca a tale richiesta, rimane convenuto che nel caso in cui il decesso avvenga entro i primi sette anni dalla Data di decorrenza del Contratto concluso e siano dovuti alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia collegata ad infezione HIV, il Capitale assicurato non sarà pagato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art.7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

7.1. Le Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e il consenso alla stipula del Contratto da parte della Compagnia.

In caso di Dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che Arca Vita S.p.A. non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione delle garanzie richieste dal Contraente, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Arca Vita S.p.A. stessa:

- **quando esiste dolo o colpa grave, ha il diritto:**
 - **di rifiutare, in caso di Sinistro, qualsiasi pagamento;**
 - **di contestare la validità del Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**
- **quando non esiste dolo o colpa grave, ha il diritto:**
 - **di ridurre, in caso di Sinistro, il Capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;**
 - **di recedere dal Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

Eventuali Dichiarazioni rese o informazioni comunque fornite e/o acquisite relativamente ad altri contratti di assicurazione stipulati con Arca Vita S.p.A. non dispensano dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero, esatto e completo la reale entità del rischio con riferimento al presente Contratto sulla vita.

7.2. L'inesatta indicazione dell'Età dell'Assicurato comporta in ogni caso una rettifica del Capitale assicurato sulla base dei dati reali.

7.3. Il Contraente è tenuto a comunicare tempestivamente alla Compagnia, l'eventuale trasferimento, intervenuto nel corso del Contratto, della residenza o del domicilio abituale se Persona fisica o della sede legale se Persona giuridica, in conformità a quanto previsto all'art. 1 (Oggetto del Contratto) verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data. Arca Vita S.p.A. si riserva di richiedere la documentazione comprovante tale trasferimento. La variazione di residenza o domicilio abituale o sede legale in Stato diverso dall'Italia comporta la cessazione del contratto nel momento in cui la Compagnia ne viene a conoscenza.

Art.8 - Denuncia di Sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni

8.1. Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a comprovare i presupposti dell'obbligo di pagamento e ad individuare esattamente l'avente diritto, così come riportato nell'ALLEGATO A - "Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento".

8.2. Richieste motivate di altra documentazione

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti, specificandone la motivazione, prima di procedere al pagamento.

Art.9 - Pagamenti della Compagnia

9.1. I pagamenti dovuti a seguito del decesso dell'Assicurato o di trasferimento della residenza o del domicilio abituale se Persona fisica o della sede legale se Persona giuridica, verso uno Stato diverso dall'Italia, vengono effettuati dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa sottoscritta dagli aventi diritto.

9.2. La Compagnia, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, metterà a disposizione la somma dovuta. Il pagamento mediante bonifico su conto corrente bancario indicato dall'avente diritto si intende effettuato dalla Compagnia nel momento in cui impartisca l'ordine di bonifico ed a rischio dell'avente diritto.

9.3. In caso di inadempimento dell'obbligo di pagamento del dovuto nel termine stabilito, la Compagnia sarà unicamente tenuta a corrispondere a titolo di risarcimento del danno agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana. L'importo dovuto dalla Compagnia a titolo di Prestazione assicurata non è altrimenti soggetto a variazioni quindi, a titolo esemplificativo, non è ulteriormente rivalutato né aumentato per interessi dopo che si sia verificato l'Evento assicurato.

Quando e come devo pagare?

Art.10 - Composizione del Premio

10.1. Il Premio annuo viene determinato in base all' Età, alla Durata contrattuale, alla tipologia di Prestazioni prescelte, al Capitale assicurato nonché ad eventuali fattispecie che determinino un aggravamento del rischio (Sovrappremi) ad esempio per attività professionali, sportive o in relazione alla situazione sanitaria dell'Assicurato stesso.

Il Contraente è tenuto al pagamento del Premio annuo, così come indicato nella Proposta accettata dalla Compagnia. Resta comunque convenuto che, **qualora in fase di assunzione della Proposta venga rilevata la presenza di fattispecie che determinino un aggravamento del rischio, la Compagnia provvederà ad adeguare l'importo del Premio annuo dovuto** ed a sottoporre lo stesso al Cliente prima della Conclusione del Contratto.

10.2. Il Premio iniziale è gravato dalle Spese di emissione del Contratto, pari ad € 12,50.

Le successive Annualità di Premio sono gravate delle Spese di incasso, pari ad € 12,50.

Su ogni Premio, Arca Vita S.p.A. trattiene, **a titolo di Caricamento**, un costo espresso in percentuale del Premio netto, pari al 37%.

Art.11 - Pagamento del Premio

11.1. Il Premio iniziale deve essere corrisposto alla Compagnia mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente in conformità alla Proposta.

Il Premio iniziale si intende pagato alla Compagnia nel momento in cui quest'ultima abbia la materiale disponibilità delle corrispondenti somme.

11.2. Le rate di Premio successive dovranno essere anch'esse corrisposte mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente oppure, in caso di estinzione di tale conto, potranno essere corrisposte mediante bonifico bancario a favore della Compagnia, specificando nella causale nome e cognome del Contraente ed il numero di polizza.

11.3. Il Contraente autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'Art.13, comma 4, del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n.11 ad addebitare sul proprio conto corrente i versamenti alla sottoscrizione e successivi.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.12 - Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione

12.1. Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta completa in ogni sua parte, riceva da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della Proposta. In questo caso, la Proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di Polizza. L'accettazione della Compagnia si presume conosciuta dal Contraente nel momento in cui la comunicazione da parte della Compagnia giunga all'indirizzo del Contraente indicato nella Proposta.

12.2. Il Contratto concluso **decorre dalle ore 24:00** della data indicata in Proposta come **Data di decorrenza**, alla condizione che il pagamento del Premio iniziale sia andato a Buon fine.

Il mancato pagamento del Premio iniziale posticipa la Decorrenza del Contratto e quindi delle Prestazioni assicurate, fino alle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio iniziale alla Compagnia sia andato a Buon fine, di conseguenza la Compagnia non pagherà eventuali sinistri avvenuti prima del pagamento del Premio iniziale.

La Cessazione dell'assicurazione si verifica con il realizzarsi del primo dei seguenti accadimenti:

- ricevimento da parte della Compagnia della comunicazione di recesso del Contraente nei termini stabiliti dall'Art.16 (Recesso);
- esercizio del Diritto di recesso da parte della Compagnia a seguito di mancato Buon fine del pagamento dei Premi;
- ricevimento da parte della Compagnia della comunicazione di recesso del Contraente conseguente a modificazioni unilaterali del Contratto ad iniziativa della Compagnia;
- decesso dell'Assicurato;
- pagamento della Prestazione complementare in caso di sopravvenuta Invalidità totale e permanente dell'Assicurato;
- Scadenza del Contratto;
 - trasferimento della residenza o del domicilio abituale se Persona fisica o della sede legale se Persona giuridica in uno Stato diverso dall'Italia;
- ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del Contratto.

12.3. Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni e la documentazione necessarie al fine dell'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini antiriciclaggio; in mancanza la Compagnia attua l'obbligo di astensione così come disciplinato dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art.13 - Durata contrattuale ed Età dell'Assicurato

13.1. La Durata contrattuale deve essere compresa tra un minimo di 5 e un massimo di 20 anni, a scelta del Contraente, dalla Data di decorrenza del Contratto.

13.2. L'Assicurato deve avere un' Età assicurativa compresa tra 18 e 65 anni alla Data di decorrenza del Contratto e non superiore a 75 anni alla Scadenza del Contratto per la Prestazione in caso di decesso.

Art.14 - Sospensione e Riattivazione

14.1. Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della rata, la sospensione della garanzia, qualunque sia il numero di rate di Premio il cui pagamento sia andato a buon fine sino a quel momento. Durante tale sospensione, pertanto, la copertura assicurativa non è operante e non è prevista alcuna Prestazione da parte della Compagnia.

14.2. Entro sei mesi dalla Scadenza della prima rata di Premio il cui pagamento non sia andato a Buon fine, il Contraente ha comunque diritto di riattivare la copertura assicurativa pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla predetta Scadenza, la Riattivazione della copertura assicurativa può avvenire

solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta di Arca Vita S.p.A., che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la Riattivazione.

L'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno in cui il pagamento dell'importo dovuto sia andato a Buon fine.

14.3. Trascorsi dodici mesi dalla Scadenza della prima rata di Premio il cui pagamento non sia andato a Buon fine, l'assicurazione non può più essere riattivata. In tale caso il contratto è risolto di diritto, la Polizza si estingue ed i Premi versati resteranno acquisiti da Arca Vita S.p.A.

Cosa succede se non pago il Premio alla Scadenza prevista?

Trascorsi 30 giorni dalla Scadenza prevista per il pagamento, Arca Vita S.p.A. sospende le garanzie previste dal Contratto, di conseguenza un eventuale Sinistro non verrà pagato.

Posso riprendere i pagamenti?

Entro 6 mesi dalla Scadenza prevista è possibile riattivare il Contratto senza conseguenze, versando tutti i premi in arretrato, comprensivi degli interessi di mora.

Dopo i 6 mesi Arca Vita S.p.A. potrebbe richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la richiesta oppure rivedere le condizioni contrattuali stabilite inizialmente.

Se sono passati 12 mesi, invece, non è possibile in alcun modo riattivare il Contratto.

Come posso revocare la Proposta o recedere dal Contratto?

Art.15 - Revoca della Proposta

15.1. Il Contraente può revocare la Proposta **fino al momento della Conclusione del Contratto.**

La comunicazione di revoca può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la comunicazione di revoca si riferisce.

La Compagnia restituisce le somme eventualmente pagate dal Contraente entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca della Proposta.

Cosa succede se revoco la Proposta?

Revocare la Proposta significa bloccare il processo di Conclusione del Contratto, che pertanto non avrà più alcun effetto.

Arca Vita S.p.A., dal momento in cui riceve la comunicazione della revoca, ha 30 giorni di tempo per restituire le somme eventualmente già versate.

Art.16 - Recesso

16.1. Il Contraente può recedere dal Contratto entro sessanta giorni dal momento in cui è informato della sua Conclusione.

La comunicazione di recesso può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare il Contratto a cui si riferisce.

La Compagnia restituisce al Contraente la somma eventualmente corrispostale a titolo di Premio iniziale, diminuita delle Spese di emissione di cui all'Art.10 (Composizione del Premio), nonché della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della richiesta di Recesso.

L'efficace esercizio del Diritto di recesso libera la Compagnia e il Contraente da qualsiasi obbligo derivante dal Contratto a partire dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata (fa fede il timbro postale) oppure dalle ore 24:00 della data della richiesta sottoscritta presso l'intermediario collocatore.

Posso recedere dal Contratto? Cosa succede in quel caso?

È possibile recedere dopo la Conclusione del Contratto, entro 60 giorni.

Arca Vita dal momento in cui riceve la comunicazione del recesso, ha 30 giorni di tempo per

restituire al Contraente le somme versate, al netto delle Spese di emissione e della parte di premio relativa al periodo per il quale la copertura è stata in vigore.
A seguito del recesso il contratto cessa di avere effetto.

Sono previsti riscatti o riduzioni?

Art.17 - Riscatto e riduzione

17.1. Il presente Contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Altre informazioni

Art.18 - Beneficiari delle Prestazioni assicurate

18.1. Il Contraente designa uno o più Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione, come previsto dall'art. 1921 del codice civile.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia e possono essere disposte anche per testamento (art. 1920 del codice civile). Le revoche e le modifiche contenute nel testamento si intendono efficaci esclusivamente quando viene fatto espresso riferimento alla Polizza vita o qualora venga richiamata la somma assicurata con la Polizza sottoscritta con la Compagnia. Ai sensi dell'art. 1920 del codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Compagnia, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Nella designazione dei Beneficiari delle prestazioni si intendono inoltre valide le seguenti avvertenze:

- se non diversamente specificato, le quote sono uguali tra i Beneficiari;
- nell'impossibilità di identificare il Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato, la prestazione assicurata verrà erogata al contraente o in mancanza ai suoi eredi

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dal Contraente o dai suoi eredi nei seguenti casi (art. 1921 del codice civile):

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, di rinunciare al potere di revoca e di voler profittare del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'Evento assicurato, il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi le operazioni di pegno o vincolo del Contratto richiedono l'assenso scritto del Beneficiario irrevocabile.

In ogni caso, l'intermediario che colloca il Contratto non può in alcun modo assumere la qualifica di Beneficiario o vincolatario delle prestazioni previste dal Contratto stesso. Pertanto, tale tipo di designazione non potrà essere considerata valida e, laddove presente, la Compagnia la considererà come non apposta e provvederà a liquidare la Prestazione assicurata a favore del Contraente o, in mancanza, dei suoi eredi.

18.2. Il Beneficiario della Garanzia complementare in caso di Invalidità totale e permanente è in ogni caso l'Assicurato stesso.

Art.19 - Variazioni contrattuali

19.1. Qualsiasi modifica del Contratto potrà farsi esclusivamente su accordo delle Parti in forma scritta.

19.2. La Compagnia può modificare unilateralmente il Contratto:

- Sia per conformarlo a sopravvenute disposizioni normative od a sopravvenuti mutamenti di indirizzi giurisprudenziali sia per adeguarlo all'originario equilibrio contrattuale che fosse alterato da sopravvenuti mutamenti della disciplina fiscale applicabile al Contratto o alla Compagnia. In tali casi, la Compagnia comunicherà al Contraente le modifiche contrattuali alla prima occasione utile.
- **Quando ricorra un giustificato motivo**, purché la modifica non comporti una variazione delle condizioni economiche in senso meno favorevole per il Contraente. In tale ipotesi la Compagnia provvederà a dare comunicazione delle variazioni al Contraente con preavviso di almeno sessanta giorni rispetto al termine iniziale di decorrenza dei relativi effetti. **Il Contraente, entro il termine di decadenza di trenta giorni dal ricevimento di tale comunicazione, potrà recedere dal Contratto mediante comunicazione da effettuarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento.** Qualora non sia stato esercitato il Diritto di recesso nei tempi e nei modi previsti le variazioni comunicate produrranno effetti al termine del periodo di preavviso.

Art.20 - Cessione, pegno o vincolo

20.1. Il Contraente può cedere a terzi il Contratto, secondo quanto disposto dagli Artt.1406 ss. c.c., e può altresì disporre dei crediti verso la Compagnia derivanti dal Contratto costituendo pegni o vincoli. Gli atti di cessione, nonché di pegno o vincolo divengono efficaci nei confronti della Compagnia solo dopo che quest'ultima ne abbia ricevuto apposita comunicazione in forma scritta da parte del Contraente e ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su Appendice. Inoltre, l'efficacia dei detti atti nei confronti della Compagnia presuppone la dichiarazione di assenso dell'eventuale Beneficiario irrevocabile nonché, nel caso di pegno o vincolo, gli atti dispositivi del Contratto e dei diritti da esso nascenti richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.

Art.21 - Tasse ed imposte

21.1. Tasse ed imposte relative o connesse al Contratto e così anche alle Prestazioni assicurate sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e dei rispettivi aventi causa.

Art.22 - Foro competente

22.1. Per le controversie relative al presente Contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

Art.23 - Lingua e legge applicabile

23.1. Il Contratto ed ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana, che è l'unica lingua del rapporto.

23.2. Al Contratto si applica la legge italiana.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (valida solo se espressamente richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia)

Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?

Art.24 - Prestazione assicurata complementare in caso di Invalidità totale e permanente

24.1. La Prestazione in caso di Invalidità totale e permanente è facoltativa e può essere richiesta esclusivamente in forma complementare, pertanto ne consegue che non è possibile stipulare il presente Contratto con la sola Prestazione in caso di invalidità totale e permanente.

La Prestazione complementare in caso di Invalidità totale e permanente, se richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia, in ogni caso non è più dovuta al raggiungimento del 65° anno di Età dell'Assicurato.

24.2. Il Capitale assicurato per la Prestazione complementare in caso di Invalidità totale e permanente dovrà essere **eguale o minore** rispetto alla Prestazione principale ed in ogni caso compreso tra € 25.000,00 ed € 250.000,00.

24.3. In caso di sopravvenuta Invalidità totale e permanente (a seguito di malattia o infortunio), **sempre che il Contraente abbia espressamente richiesto tale Prestazione e all'ulteriore condizione che la Compagnia abbia accettato di garantire tale Prestazione**, prima della Cessazione dell'assicurazione a qualsiasi causa dovuta e qualora sussistano le condizioni previste all'Art.25 (Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni) e all'Art.26 (Limitazioni delle prestazioni - Carenza), la Compagnia verserà la Prestazione dovuta all'Assicurato, come stabilito nella comunicazione scritta di accettazione della Proposta da parte della Compagnia. Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che a seguito di malattia o infortunio, indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e diagnosticate o sopravvenuti dopo la stipula e prima della cessazione dell'assicurazione, abbia perso in modo totale e permanente la capacità di esercizio di qualunque attività lavorativa indipendentemente dalla professione da lui svolta al momento del sinistro. L'invalidità si intende totale quando ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12 luglio 2000, concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali sia superiore al 65%.

24.4. La Prestazione assicurata in caso di Invalidità totale e permanente è dovuta soltanto qualora l'Invalidità totale e permanente, a giudizio del medico-legale della Compagnia, sussista, persista e si possa ritenere sufficientemente evoluto il quadro acuto della malattia, sino a condizione invalidante, dopo un periodo di almeno sei mesi dalla data della diagnosi della malattia o dal verificarsi dell'infortunio che l'hanno provocata. Pagato l'intero Capitale assicurato per l'Invalidità totale e permanente, nulla è più dovuto per il caso di decesso e l'assicurazione viene a cessare.

Ci sono limiti di copertura?

Art.25 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni

25.1. Il rischio di Invalidità totale e permanente è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali salvo quanto di seguito indicato. L'Assicurato deve comunque comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di professione.

25.2. Ai fini della Prestazione assicurata complementare per Invalidità totale e permanente, se espressamente richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia, sono esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti a:

- Dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- Partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Guerra e insurrezioni;

- Atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
- Suicidio o tentativo di suicidio se avviene nei primi 2 anni dalla Data di decorrenza del Contratto; trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del Contratto;
- Malattie già diagnosticate e/o conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione, qualora non dichiarati ed eventualmente accettati dall'assicuratore;
- Uso di alcol oltre i limiti previsti per legge, stato di ebbrezza, ubriachezza, alcolismo acuto o cronico, assunzione di droghe, assunzione di farmaci a dosi non terapeutiche e non prescritti da medici abilitati alla professione;
- Guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.
- Tutte le patologie mentali e del comportamento indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10 capitolo V, sezioni F00-F99 (ad esempio: depressione, schizofrenia, psicosi, demenza nella malattia di Alzheimer, ecc.);
- Le seguenti patologie del sistema nervoso indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD-10, capitolo VI: malattia di Alzheimer (G30), emicrania (G43), altri sindromi di mal di testa (G44), attacchi transitori ischemici (G45), disturbi del sonno eccetto apnee nel sonno (G47 eccetto G47.3), disturbi del nervo trigemino (G50), nevralgia postherpetica (G53.0), sindrome da fatica post virale (G93.3);
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia collegata a infezione HIV, qualora non sia stato eseguito il test HIV in sede di sottoscrizione e se avvenuti entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza della Polizza.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti a:

- Esercizio delle seguenti attività lavorative, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore: estrazione petrolio o gas naturali; in miniere o altiforni; a contatto con esplosivi, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi, tra cui l'amianto; ad altezze superiori a 5mt dal suolo (impalcature, tetti, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari, eccetera) con uso di armi; vigili del fuoco; attività subacquee.
- Esercizio delle seguenti attività sportive, se non dichiarate all'assicuratore in sede di sottoscrizione ed accettate in copertura dall'assicuratore: qualunque come professionista; di combattimento (quali pugilato, lotta, karatè); aerei (quali deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping); immersioni con autorespiratore; scalate in parete; con mezzi a motore.

Art.26 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza

26.1. E' previsto un periodo di Carenza di durata pari a 6 mesi nel quale la copertura assicurativa non è piena. L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di Carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

La presente assicurazione può essere assunta anche senza visita medica e pertanto si conviene che, qualora l'insorgere dell'Invalidità totale e permanente dell'Assicurato (qualora la copertura fosse stata preventivamente richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia) dell'Assicurato avvengano entro i primi sei mesi dalla Data di decorrenza del Contratto concluso, Arca Vita S.p.A. corrisponderà - in luogo del Capitale assicurato - solamente una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto delle Spese di emissione.

26.2. Arca Vita S.p.A. non applicherà entro i primi sei mesi dalla Data di decorrenza del Contratto concluso la limitazione sopraindicata qualora l'insorgenza dell'invalidità totale e permanente sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatiti virali, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla,

- febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso;
- c. infortunio avvenuto dopo la Data di decorrenza del Contratto concluso, che abbia come conseguenza l'Invalidità totale e permanente.

26.3. Rimane inoltre convenuto che qualora l'Invalidità totale e permanente avvenga entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza del Contratto concluso e sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia collegata a infezione HIV il Capitale assicurato non sarà pagato. Qualora Arca Vita S.p.A. abbia richiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non aderisca a tale richiesta, rimane convenuto che nel caso in cui l'invalidità totale e permanente avvenga entro i primi sette anni dalla Data di decorrenza del Contratto concluso e siano dovuti alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia collegata ad infezione HIV, il Capitale assicurato non sarà pagato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art.27 - Denuncia di Sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni

27.1. Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a comprovare i presupposti dell'obbligo di pagamento e ad individuare esattamente l'avente diritto, così come riportato nell'ALLEGATO A - "Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento".

27.2. Richieste motivate di altra documentazione

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti, specificandone la motivazione, prima di procedere al pagamento.

Art.28 - Valutazione dell'Invalidità totale e permanente dell'Assicurato

28.1. Arca Vita S.p.A., ai soli fini della valutazione della sopravvenuta Invalidità totale e permanente dell'Assicurato, può richiedere a quest'ultimo o al Contraente di fornire tutte le prove o i documenti ritenuti necessari per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'Invalidità totale e permanente.

28.2. Arca Vita S.p.A. si riserva, inoltre, il diritto di accertare l'Invalidità con medici di sua fiducia. Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico di Arca Vita S.p.A., un adeguato trattamento terapeutico possa modificare la prognosi dell'invalidità e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità totale e permanente che residuerebbero, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

28.3. Entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta ai fini dell'accertamento dell'Invalidità totale e permanente dell'Assicurato, ultimati i controlli medici ritenuti necessari da Arca Vita S.p.A., confermato lo stato di invalidità, fermo restando inoltre quanto previsto dall'Art.24 (Prestazione assicurata complementare in caso di Invalidità totale e permanente), procederà alla liquidazione della Prestazione. Finché lo stato di Invalidità totale e permanente non sia stato definitivamente accertato dalla Compagnia, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi. Accertata l'Invalidità totale e permanente verrà quindi restituito l'importo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di accertamento dell'invalidità.

28.4. Nel caso in cui sorgano controversie sul grado e sulle cause dell'Invalidità totale e permanente, l'Assicurato, il Contraente o, in alternativa, l'Assicurato stesso hanno la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato da Arca Vita S.p.A., l'altro dal Contraente o, su sua delega, dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo fra le Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del tribunale del

luogo di residenza dell'Assicurato. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza come amichevole compositore senza formalità di procedure. Gli arbitri, ove lo credano, potranno disporre senza obbligo di sentenza qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Ciascuna delle Parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art.29 - Pagamenti della Compagnia

29.1. I pagamenti dovuti a seguito della sopravvenuta Invalidità totale e permanente dell'Assicurato vengono effettuati dalla Compagnia in conformità a quanto previsto dall'Art.28 (Valutazione dell'Invalidità totale e permanente dell'Assicurato).

29.2. La Compagnia, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, metterà a disposizione la somma dovuta. Il pagamento mediante bonifico su conto corrente bancario indicato dall'avente diritto si intende effettuato dalla Compagnia nel momento in cui impartisca l'ordine di bonifico ed a rischio dell'avente diritto.

29.3. In caso di inadempimento dell'obbligo di pagamento del dovuto nel termine stabilito, la Compagnia sarà unicamente tenuta a corrispondere a titolo di risarcimento del danno agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana. L'importo dovuto dalla Compagnia a titolo di Prestazione assicurata non è altrimenti soggetto a variazioni quindi, a titolo esemplificativo, non è ulteriormente rivalutato né aumentato per interessi dopo che si sia verificato l'Evento assicurato.

Quando e come devo pagare?

Art.30 - Pagamento del Premio

30.1. Il Contraente è tenuto al pagamento del Premio annuo, così come indicato nella Proposta accettata dalla Compagnia. Il pagamento del Premio della Prestazione complementare viene effettuato congiuntamente al pagamento del Premio relativo alla Prestazione Principale, all'atto della sottoscrizione della Proposta e per tutta la durata dello stesso, con le medesime norme stabilite per la Prestazione Principale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.31 - Durata della garanzia ed Età dell'Assicurato

31.1. A condizione che sia intervenuta la Conclusione del Contratto di cui all'Art.12 (Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione) la garanzia decorre dalle ore 24:00 della data indicata in Proposta come Data di decorrenza, alla condizione che il pagamento del Premio iniziale sia andato a Buon fine.

Il mancato pagamento del Premio iniziale posticipa la Decorrenza del Contratto e quindi delle Prestazioni assicurate, fino alle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio iniziale alla Compagnia sia andato a Buon fine, di conseguenza la Compagnia non pagherà eventuali sinistri avvenuti prima del pagamento del Premio iniziale.

31.2. La Prestazione assicurata complementare in caso di Invalidità totale e permanente, se richiesta dal Contraente ed accettata dalla Compagnia, non è più operante al raggiungimento del 65° anno di Età dell'Assicurato.

Altre informazioni

Art.32 - Richiamo alle Condizioni

32.1. Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle condizioni della presente Garanzia Complementare si applicano in quanto compatibili, le condizioni della Garanzia principale.

Art.33 - Verifiche richieste dalla normativa vigente

33.1. La Compagnia, prima di concludere il Contratto o in corso di Contratto (ad esempio: al momento

di procedere alla Liquidazione delle somme dovute) è tenuta ad effettuare tutti i controlli previsti dalla normativa vigente (ad esempio: normativa antiriciclaggio, FATCA, CRS e da altre normative di riferimento tempo per tempo vigenti). Pertanto, la Compagnia, anche per il tramite dell'intermediario, potrebbe richiedere la necessaria ed aggiornata documentazione aggiuntiva indispensabile al corretto adempimento degli obblighi derivanti dalla normativa vigente.

33.2. A seguito delle attività descritte al punto precedente, si evidenzia che l'operatività relativa al Contratto (ad esempio: Conclusione del contratto, attività di investimento e/o disinvestimento, Recesso, Liquidazione delle somme dovute, etc) potrebbe non rispettare le tempistiche descritte nelle condizioni di assicurazione per le motivazioni di cui al comma 1.

Art.34 - Vendita a distanza

34.1. L'intermediario ha facoltà di vendere questo prodotto mediante tecniche di comunicazione a distanza. La vendita tramite la suddetta modalità potrà avvenire nel rispetto di quanto previsto della normativa tempo per tempo vigente, con particolare (ma non esaustivo) riferimento al Codice delle Assicurazioni Private, al Codice del Consumo e al Regolamento IVASS.n.40/2018 e loro successive modificazioni e/o integrazioni.

GLOSSARIO

Anno solare: è il periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre dello stesso anno di calendario;

Appendice: documento che è parte integrante del Contratto che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente;

Arca Vita S.p.A.: la società di diritto italiano esercente attività di assicurazione, la cui sede legale è in Verona, Italia, via del Fante 21, che è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. N. 18331 del 9/11/1989 G.U. 28/11/1989 n. 278;

Assicurato (o Aderente/Assicurato): è la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto. Le prestazioni previste dal Contratto sono dovute in funzione di eventi attinenti alla sua vita;

Beneficiario: è la persona fisica o giuridica che abbia diritto in tutto o in parte alla Prestazione assicurata, in quanto soggetto che il Contraente abbia designato a riceverla;

Buon fine (del pagamento): nel caso in cui la Polizza sia pagata con la procedura di addebito automatico, si intende per Buon fine (del pagamento) l'avvenuto effettivo addebito del Premio sul conto corrente del Contraente;

Capitale assicurato: è l'entità della Prestazione assicurata;

Carenza: è il periodo di tempo durante il quale le garanzie del Contratto sono limitate.

Caricamento: sono i costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sul Premio per attività commerciali ed amministrative di incasso, acquisizione ed amministrazione del Contratto;

Cessazione dell'assicurazione: è il momento in cui vengono meno gli effetti dell'assicurazione oggetto del Contratto;

Compagnia (o Impresa di assicurazione o Società): è Arca Vita S.p.A;

Conclusione (o Perfezionamento) del Contratto: è il momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa in ogni sua parte, riceve da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della Proposta;

Contraente: è il soggetto che formula la Proposta contrattuale, stipula il Contratto di assicurazione, è tenuto a pagare il Premio e ha facoltà di esercitare tutti i diritti nascenti dal Contratto di cui non abbia disposto;

Contratto (o Contratto di assicurazione): è l'accordo tra Contraente e Compagnia con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di uno degli Eventi assicurati;

Costi: sono gli oneri a carico del Contraente, che gravano in misura fissa o variabile sui premi;

Data di decorrenza: il giorno come tale indicato nella Proposta;

Decorrenza del Contratto: è il termine iniziale dal quale la Compagnia sopporta i rischi assicurati, il quale può differire sia dalla Data di decorrenza, sia dal momento della Conclusione del Contratto, in quanto dipendente dal Buon fine del pagamento del Premio;

Diritto di recesso: è il diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro il termine indicato nelle condizioni di assicurazione dal momento in cui è informato della Conclusione dello stesso;

Diritto di revoca: è il diritto del Contraente di privare di effetti la Proposta contrattuale fino alla Conclusione del Contratto;

Domicilio Abituale: luogo in cui il Contraente ha stabilmente fissato l'effettiva sede abituale dei propri affari e interessi.

Durata contrattuale (o del Contratto): il periodo di tempo che intercorre fra la Data di decorrenza e la Scadenza.

Esclusioni: sono i rischi esclusi o le limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole delle Condizioni di assicurazione.

Età assicurativa (o Età): è l'Età convenzionale dell'Assicurato determinata in anni interi attribuita per tutto il periodo compreso tra i sei mesi che precedono e seguono il relativo compleanno;

Evento assicurato: uno degli eventi riguardanti la vita dell'Assicurato, che consistono nel decesso o nel sopraggiungere dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, qualora previsto in Polizza, prima della Cessazione dell'assicurazione ed il verificarsi d'uno dei quali fa sorgere il diritto alla Prestazione assicurata.

Garanzia (o Prestazione) complementare: è la garanzia presente sul contratto in forma abbinata alla principale, non sottoscrivibile singolarmente e richiesta facoltativamente dal contraente.

Garanzia (o Prestazione) principale: è la garanzia principale prevista dal Contratto e sempre presente nello stesso, in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità totale e permanente: si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che a seguito di malattia o infortunio, indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e diagnosticate o sopravvenuti dopo la stipula e prima della cessazione dell'assicurazione, abbia perso in modo totale e permanente la capacità di esercizio di qualunque attività lavorativa indipendentemente dalla professione da lui svolta al momento del sinistro. L'invalidità si intende totale quando ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12 luglio 2000, concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali sia superiore al 65%.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo (dal 1° gennaio 2013, all'ISVAP è succeduto per tutti i poteri, funzioni e competenze l'IVASS);

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013;

Liquidazione: è il pagamento all'avente diritto della Prestazione assicurata;

Parti: il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia;

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione;

Premio iniziale: è il Premio che il Contraente corrisponde alla Compagnia alla Decorrenza del Contratto.

Premio netto: è il Premio al netto delle Spese di emissione o di incasso ed anche di eventuali imposte, tasse od interessi di frazionamento che gravino sullo stesso o sul Contratto.

Premio puro: è la somma che rappresenta la base per il calcolo del corrispettivo dell'assicurazione ed è la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato.

Premio: è l'importo, eventualmente frazionato, qualora previsto dalle Condizioni di assicurazione, che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia a fronte della Prestazione assicurata, comprensivo delle Spese di emissione o di incasso, dei Caricamenti ed anche di eventuali imposte e tasse che gravino sullo stesso o sul Contratto;

Prestazione assicurata (o Prestazione): è la somma di denaro dovuta dalla Compagnia in esecuzione del Contratto al verificarsi di uno degli Eventi assicurati;

Prestazione assicurata complementare (o Prestazione complementare): è la Prestazione, eventualmente presente sul contratto, abbinata facoltativamente dal Contraente, su sua espressa richiesta, alla Prestazione principale.

Proposta: è il documento sottoscritto dal Contraente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base agli elementi specifici in esso indicati e sul

quale la Compagnia si basa per valutare se accettare di prestare le coperture assicurative;

Questionario assuntivo (o anamnestico o sanitario o “dichiarazioni dell'assicurato sullo stato di salute”): è un modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la compagnia utilizza al fine di valutare, sulla base delle risposte fornite dall'assicurato, i rischi che assume con il contratto.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, secondo le modalità ed entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione;

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del Contratto (ossia il termine finale della Durata contrattuale), salva l'anticipata Cessazione dell'assicurazione.

Sinistro: verificarsi dell'Evento assicurato per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa Prestazione assicurata.

Sovrappremio: maggiorazione di Premio richiesta dalla Compagnia per eventuali attività professionali, sportive o in relazione alla situazione sanitaria dell'Assicurato che determinino un aggravamento del rischio.

Spese di emissione: sono i costi sostenuti per l'emissione del Contratto;

Spese di incasso: sono i costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sulle annualità di premio successive alla prima.

ALLEGATO A

Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento

Documentazione da presentare alla Compagnia - per il tramite del competente Intermediario o direttamente a mezzo lettera raccomandata - in relazione alla causa del pagamento richiesto

Prestazione assicurata in caso di decesso	<ul style="list-style-type: none">- richiesta di Liquidazione compilata e sottoscritta dagli aventi diritto, che potrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia e disponibile presso l'Intermediario oppure su carta semplice. Nel caso in cui gli aventi diritto siano più di uno, ciascuno di questi dovrà compilare e sottoscrivere una singola richiesta completa di tutti i dati identificativi, fatta salva la possibilità di delegare un unico avente diritto attraverso sottoscrizione di apposita delega;- fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto o del delegato;- certificato anagrafico di morte dell'Assicurato rilasciato dal comune di residenza contenente la data di nascita e stato civile;- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ottenibile presso gli uffici del comune di residenza ed in corso di validità, ovvero entro sei mesi dalla data del rilascio) o atto notorio (ottenibile presso un notaio) dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul Contratto risultano indicati Beneficiari generici (es. eredi legittimi, legittimari, etc.), la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà riportare l'elenco di tutti i soggetti che hanno tale qualifica, con l'indicazione delle generalità complete, data di nascita e dell'eventuale loro rapporto di parentela e capacità di agire;- relazione medica sulle cause del decesso;- verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta od accidentale;- assenso scritto dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio;- documentazione, informazioni e/o dichiarazioni previsti dalla normativa vigente in materia antiriciclaggio.
Prestazione assicurata in caso di sopravvenuta Invalidità totale e permanente	<ul style="list-style-type: none">- comunicazione della sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato stesso contenente la richiesta di pagamento, che potrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia e disponibile presso l'Intermediario oppure su carta semplice;- relazione medica sulle cause e sul decorso della malattia o lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità totale e permanente;- copia del verbale della commissione dell'INPS e/o dell'INAIL e/o della Commissione Invalidi Civili attestante il grado di invalidità, fermo restando che il grado di invalidità totale e permanente verrà determinato ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12/07/2000, concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali;- assenso scritto dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio;- documentazione, informazioni e/o dichiarazioni previsti dalla normativa vigente in materia antiriciclaggio.

Richieste motivate di altra documentazione

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti, specificandone la motivazione, prima di procedere al pagamento.



Arca My Family - 180

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti



Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente, ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la natura del contratto lo preveda, il trattamento potrà riguardare anche dati di altri eventuali soggetti interessati indicati nello stesso, per le finalità e nei termini di seguito riportati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO. Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti ⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali ⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Solo qualora sia previsto l'utilizzo della firma elettronica grafometrica fornita dalla Sua Banca collocatrice per la sottoscrizione del contratto assicurativo, e Lei abbia espressamente acconsentito alla sottoscrizione con tale modalità, saranno altresì raccolti alcuni dati biometrici a Lei riferibili, quali la velocità con cui si esegue la firma, la pressione esercitata, l'accelerazione dei movimenti, il ritmo e l'inclinazione, che saranno associati informaticamente in formato crittografato alla Sua polizza ed in tal modo trattati dalla Compagnia unicamente per la conservazione a norma dei predetti documenti.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI. I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie.

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste, nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo ⁽³⁾, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza ⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si vedano le note 7 e 8), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute o dati biometrici crittografati necessari per la sottoscrizione mediante firma elettronica grafometrica) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso ⁽⁵⁾.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativo, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale "My Arca", all'indirizzo www.arcassicura.it a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi nostri e di altre Compagnie del Gruppo, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in Quali sono i Suoi diritti). In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato e analisi dei dati per rilevare la qualità dei servizi o le esigenze e preferenze della clientela, per comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, messaggi su applicazioni web, e-mail, fax e SMS o MMS.

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto ⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol ⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la

tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

La informiamo che nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 25 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

I Suoi Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità statistiche, di verifica documentale, di facilitazione assistenza clienti nonché di prevenzione o accertamento di frodi assicurative. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi Dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è Arca Vita S.p.A. (www.arcassicura.it) con sede legale in Via del Fante 21 - 37122 Verona. Il "Responsabile per la protezione dei dati" del Gruppo Unipol, per il tramite del "Supporto DPO" della Compagnia, è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di Arca Vita S.p.A., al recapito privacy@arcassicura.com, al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.arcassicura.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione e banche distributrici ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona.
- Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società) per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la conservazione a norma della documentazione di polizza; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistiche-tarifarie.
- Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica Italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di conservazione digitale a norma; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- Arca Assicurazioni S.p.A., Arca Sistemi S.c.a.r.l., Arca Inlinea S.c.a.r.l. e altre società del Gruppo Assicurativo Unipol con capogruppo Unipol Assicurazioni S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi. Per ulteriori informazioni si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Assicurazioni S.p.A. www.unipol.com.
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAIP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.