


ArcaSalute

Assicurazione infortuni e malattia

In allegato i seguenti documenti:

- 
- **SET INFORMATIVO** comprensivo di:
 - DIP Danni (Documento Informativo precontrattuale danni)
 - DIP aggiuntivo Danni
 - Condizioni di Assicurazione comprensive dei Glossario redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti
 - **MODULO DI RICHIESTA INDENNIZZO**
 - **INFORMATIVA PRIVACY**

Arca Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcaassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 0458192111 - fax +39 0458192630
Capitale sociale i.v. Euro 50.762.146,72 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 02655770234 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 253375 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. ISVAP 11/09/96 N. 330, G.U. 18/09/96 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00123
soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.arcassicura.it

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni - DIP Danni

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: ArcaSalute

Arca Assicurazioni S.p.A. - C.F. 02655770234 e P. IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00123 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP 11/09/96 N. 330, G.U. 18/09/96. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura per i danni derivanti da invalidità permanente totale causata da infortunio o malattia. È possibile assicurare fino ad un massimo di cinque persone.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità permanente totale da infortunio:** garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente a seguito di infortunio.
- ✓ **Invalidità permanente totale da malattia:** garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente a seguito di malattia.
- ✓ **Gravi malattie:** assicura il pagamento di un indennizzo forfettario indicato in polizza per le spese sostenute per ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche ed esami diagnostici, qualora all'Assicurato venga riscontrata una delle Malattie Gravi elencate nella documentazione contrattuale.

La Compagnia presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale / somma assicurata)



Che cosa NON è assicurato?

- X Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 65esimo anno di età.
- X Non è possibile assicurare alcune attività professionali quali a titolo di esempio gli scalatori.
- X Non sono assicurabili le persone che soffrono o hanno sofferto di diabete, tumore maligno, leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie di cui sotto sono prestate con l'applicazione di franchigia (costo del sinistro, in cifra fissa, che rimane a carico del contraente) e limiti o sottolimiti. Sono inoltre presenti delle esclusioni (situazioni non comprese nella garanzia) quali, a titolo di esempio:

- ! **Invalidità permanente totale da infortunio:** gli infortuni derivanti da azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore e da sport pericolosi dettagliatamente descritti in altri documenti e per partecipazioni a tornei o gare.
- ! **Invalidità permanente totale da malattia:** le invalidità permanenti causati indirettamente da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni.
- ! **Gravi Malattie:** le Gravi malattie direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa.



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni rese alla Compagnia ai fini della valutazione del rischio da assicurare, devono essere necessariamente esatte e complete.
- Nel corso del contratto, devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- L'assicurato ha l'obbligo di fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno nonché conservarne i residui per il corretto espletamento della perizia.



Quando e come devo pagare?

Il premio dovuto per la polizza è annuale. Il pagamento del premio può avvenire, secondo i casi, tramite addebito diretto in conto corrente e/o con ulteriori mezzi di pagamenti messi a disposizione dall'intermediario di riferimento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza è annuale e può essere stipulata con o senza tacito rinnovo. La copertura comincia dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto quale data di decorrenza, a condizione che il premio sia stato pagato; diversamente, ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio è andato a buon fine. Qualora il contratto sia stipulato con tacito rinnovo, la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno, fino a quando non ne verrà data disdetta. Qualora il contratto sia stipulato senza tacito rinnovo, la copertura cessa alle ore 24 del giorno di scadenza indicato nel contratto.



Come posso disdire la polizza?

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, la disdetta deve essere inviata alla Compagnia, tramite lettera raccomandata all'indirizzo Arca Assicurazioni, via del Fante, 21 - 37122 Verona alla Compagnia e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it.

almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Assicurazione infortuni e malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: ArcaSalute

18 Giugno 2026 - ultima edizione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), 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

SOCIETÀ - Arca Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in via Del Fante n. 21 - 37122 Verona; tel. 045/8192111; sito internet: www.arcassicura.it; e-mail: informa@arcassicura.it; pec: arcaassicurazioni@pec.unipol.it. Fa parte del Gruppo Assicurativo Unipol ed è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione n. 1.00123. Nell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa ammonta a € 213,2 milioni e il risultato economico a € 61,0 milioni di euro. L'Impresa presenta un indice di solvibilità pari a 2,85 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

La Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al 31 dicembre 2025 è disponibile sul sito www.arcassicura.it (sezione "Mondo Arca", "Numeri").

Al contratto si applica la Legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

I successivi rinvii a sezioni, pagine e articoli si riferiscono alle Condizioni di Assicurazione

A integrazione di quanto riportato nel DIP Danni

Invalidità permanente totale da infortunio:

"Oggetto della copertura": Sezione I, Art. 1, pg.3 di 12

"Rischio volo": Sezione I, Art. 8, pg.4 di 12

"Rischio guerra": Sezione I, Art. 9, pg.4 di 12

Invalidità permanente totale da malattia

"Oggetto dell'Assicurazione": Sezione II, Art. 1, pg.5 di 12

Gravi malattie

"Oggetto della copertura": Sezione III, Art. 1, pg.6 di 12

OPZIONE CON RIDUZIONE DEL PREMIO

È previsto uno sconto del 5% sul premio imponibile nel caso di copertura di almeno 2 persone.

OPZIONE CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

È possibile scegliere tra formula Base o formula Extra.

È possibile sottoscrivere la polizza per il nucleo familiare.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi *Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite dal Dip danni.*



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni: INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO – esclusi infortuni derivanti: da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc); da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto del trampolino con sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere; dalla partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni; partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore; da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquee; da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante; dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale (Protezione Civile); da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio; qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale. **Rischio volo** viaggi aerei effettuati come pilota o altro membro dell'equipaggio; transvolate oceaniche su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti; voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del contraente o dell'assicurato stesso. **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA** – derivanti, direttamente o indirettamente, da: intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni; trasmutazione del nucleo dell'atomo e da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale; dolo dell'assicurato; malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche; conseguenze delle malattie conosciute dall'assicurato o diagnosticate in epoca precedente alla data di effetto dell'assicurazione. **GRAVI MALATTIE** escluse le

Malattie Gravi, direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa; malattie derivanti da: abuso di alcool, o assunzione di sostanze stupefacenti o farmaci, se non su prescrizione medica; malattie in presenza di immunodeficienza acquisita o di sieropositività da virus HIV; eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, qualunque sia la sua espressione, guerra civile, insurrezioni a carattere generale; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); carcinomi in situ, i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, i tumori localizzati non invasivi che mostrano solo degenerazioni maligne iniziali, e i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza; casi in cui la malattia grave causi una Invalidità Permanente grado inferiore al 5%. **Alle coperture assicurative offerte dal contratto, inoltre, sono applicati Scoperti o Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo Franchigie - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO:** Invalidità inferiore al 50%, nessun indennizzo, se uguale o superiore al 50% l'indennizzo viene corrisposto al 100%. **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA:** Invalidità inferiore al 50%, nessun indennizzo, se uguale o superiore al 50% l'indennizzo viene corrisposto al 100%. **MALATTIA GRAVI** : Invalidità Permanente causata dalla malattia di grado superiore al 5%.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto ARCASALUTE si rivolge alle persone fisiche e alle persone giuridiche che intendono assicurare fino a 5 persone fisiche, in relazione a: invalidità permanente totale da infortunio, invalidità permanente totale da malattia, gravi malattie



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 20,48% del premio imponibile

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 Assicurazioni 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:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso 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. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale . Il contratto è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquote d'imposta: Invalidità permanente totale da infortunio: 2,5%. Invalidità permanente totale da malattia: 2,5%. Malattie gravi: 2,5%. Detrazione fiscale . Applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio morte e/o invalidità permanente non inferiore al 5%. Tassazione delle prestazioni assicurate . Non prevista.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	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, né 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 https://www.arcassicura.it/informativa-oblio-oncologico .
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	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.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	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.

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.

ARCASALUTE

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Indice:

Glossario	p. 2
Condizioni di Assicurazione	p. 3
• Sezione I – Invalidità permanente totale da infortunio	p. 3
• Sezione II – Invalidità permanente totale da malattia	p. 5
• Sezione III – Gravi malattie	p. 6
• Sezione IV – Norme in caso di sinistro	p. 8
• Sezione V - Norme comuni a tutte le sezioni	p. 9
Allegato: tabella premi	p. 12

Modalità di apertura sinistri: istruzioni operative

Modulo richiesta di indennizzo

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si intende per:

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione;

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione;

CONTRAENTE:

il soggetto che stipula il contratto l'assicurazione;

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

SOCIETÀ:

l'Impresa assicuratrice;

PREMIO:

la somma dovuta dall'assicurato/contraente alla società;

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;

SINISTRO:

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

TABELLA ANNESSA AL D.P.R. DEL 30.06.1965 N. 1124:

tabella INAIL

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Sezione I – Invalidità permanente totale da infortunio

Art. 1 - Oggetto della copertura

La società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza in sede di sottoscrizione, per invalidità totale, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della società all'applicazione della franchigia relativa prevista, se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, superiore al 50% e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art. 2 – Delimitazioni dell' assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 4, anche le conseguenze:

- dell'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- dell'assideramento o del congelamento;
- dei colpi di sole o di calore.

Sono inoltre coperte, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 4, le conseguenze:

- degli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- degli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 3 – Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado **non superiore al 50%** (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà **superiore al 50%** (cinquanta per cento) della totale, la società liquiderà il capitale risultante dal piano prescelto dall'assicurato in sede di sottoscrizione della presente polizza di assicurazione.

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione le conseguenze degli infortuni derivanti:

- da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 9 della presente sezione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto del trampolino con sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove)comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;

- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale (Protezione Civile);
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 5 – Criteri generali di indennizzabilità

La società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 6 – Rinuncia della Rivalsa

La società **rinuncia** a favore dell'assicurato o suoi aventi diritto, **all'azione di regresso** che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 – Esposizione agli elementi

La società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi alle condizioni di polizza, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'assicurato si trovi in condizioni tali da subire lesioni organiche permanenti.

Art. 8 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti **escluse**, per questi ultimi, le transvolate oceaniche.

Restano **esplicitamente esclusi** i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del contraente o dell'assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Art. 9 – Rischio guerra

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

Art. 10 – Limite catastrofe

Nel caso di infortunio che colpisca **contemporaneamente più persone assicurate** in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della società **non potrà comunque superare l'importo di:**

- **€ 1.000.000,00 per caso di invalidità permanente da infortunio.**

Qualora le indennità ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 11 – Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da Malattia e con le Gravi Malattie.

Sezione II – Invalidità permanente totale da malattia

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione

La società garantisce il pagamento del capitale indicato in polizza in sede di sottoscrizione, qualora la malattia, nota o diagnosticata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione, dovesse avere come conseguenza un'Invalidità Permanente superiore al 50%.

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre i 18 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124. In caso di controversia sulla percentuale di invalidità permanente vale quanto previsto dall'art. 5 della successiva Sezione 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- dolo dell'assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche.

Sono inoltre **escluse** le conseguenze delle malattie conosciute dall'assicurato o diagnosticate in epoca precedente alla data di effetto dell'assicurazione.

Art. 3 – Periodo di carenza

La presente polizza non **prevede il pagamento** di alcun capitale o indennizzo nel caso di malattie conosciute o diagnosticate nei **tre mesi successivi alla stipula** della polizza (periodo di carenza).

Art. 4 – Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado **non superiore al 50%** (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, a società liquiderà il capitale indicato in polizza in sede di sottoscrizione.

Art. 5 - Criteri di indennizzabilità

La società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

Art. 6 – Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da infortunio e con le Gravi Malattie.

Sezione III – Gravi malattie

Art. 1 – Oggetto della copertura

La società garantisce il pagamento dell'indennizzo forfettario indicato in polizza a titolo di risarcimento per le spese sostenute per ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche ed esami diagnostici, qualora all'Assicurato venga riscontrata una delle Malattie Gravi di seguito elencate, a patto che a seguito della stessa Malattia Grave, si sia instaurato uno stato di **Invalidità Permanente di grado superiore al 5%**. L'assicurato, per avere diritto alla liquidazione dell'indennizzo, deve sopravvivere per un periodo di 30 giorni dopo la data della prima diagnosi di Malattia Grave (periodo di qualificazione).

Art. 2 – Definizione di Malattie Gravi

Ai sensi della presente assicurazione per malattia grave si intende:

- **ATTACCO CARDIACO:** Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base dei tre criteri seguenti: anamnesi di precordialgia tipica, alterazioni elettrocardiografiche e aumento degli enzimi cardiaci.
- **ICTUS:** Accidente cerebro-vascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda: infarto del tessuto cerebrale, emorragia di vaso intracranico, oppure embolizzazione da fonte extracranica.
- **CANCRO:** Presenza di crescita e diffondersi incontrollato di cellule maligne e invasione dei tessuti. E' necessario dimostrare con prove inconfutabili l'invasione dei tessuti con istologia dettagliata di neoplasia maligna. Il termine "cancro" comprende anche la leucemia, linfomi e malattia di Hodgkin.

Dalla garanzia **sono esclusi** i carcinomi in situ, i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, i tumori localizzati non invasivi che mostrano solo degenerazioni maligne iniziali, e i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza.

Art. 3 – Periodo di carenza

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di Malattie Gravi insorte nei **sei mesi successivi** alla stipula della polizza (periodo di carenza).

Art. 4 – Esclusioni

Non sono coperte dalla presente assicurazione le Malattie Gravi, direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa.

Per condizione patologica pregressa si intende una condizione in relazione alla quale l'assicurato abbia presentato sintomi, abbia consultato un medico o assunto un trattamento farmacologico, o della cui esistenza sia stato a conoscenza alla decorrenza della polizza o in precedenza.

Questo significa che:

- qualora l'assicurato abbia sofferto prima della stipula della polizza di una delle Malattie Gravi coperte, questi non avrà diritto ad alcun risarcimento nel caso in cui venga diagnosticata la stessa malattia;
- non verrà erogata alcuna prestazione nel caso in cui l'assicurato abbia sofferto di una condizione patologica collegata alla Malattia Grave oggetto del sinistro o abbia ricevuto cure o effettuato esami per motivi che possano essere ricondotti alla stessa Malattia Grave.

In corrispondenza ad ogni Malattia Grave coperta, cioè ictus, attacco cardiaco e cancro, si considerano condizioni patologiche pregresse direttamente o indirettamente collegare, secondo quanto stabilito al paragrafo precedente, tra le altre:

- **Cancro:** tumore o patologia maligna, maligna allo stadio iniziale oppure pre-maligna, leucemia o malattia di Hodgkin, poliposi intestinale, papilloma della vescica, malattia di Crohn, colite ulcerosa o pap test anomalo o qualsiasi tipo di carcinoma in situ;
- **Attacco cardiaco:** qualsiasi malattia o disturbo cardiaco, ipertensione o qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva, tra cui anomalie congenite trattate in precedenza, come i difetti valvolari, e qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva (arteriosclerosi);
- **Ictus:** ipertensione, qualsiasi valvulopatia cardiaca, attacchi ischemici transitori, aneurisma endocranico o qualsiasi arteriopatia ostruttiva/occlusiva (arteriosclerosi).

Questa linea non è esaustiva e una valutazione definitiva verrà effettuata in fase di accertamento del sinistro.

Sono inoltre escluse dalla presente assicurazione le malattie derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcool, o assunzione di sostanze stupefacenti o farmaci, se non su prescrizione medica;
- malattie in presenza di immunodeficienza acquisita o di sieropositività da virus HIV;
- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, qualunque sia la sua espressione, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 5 – Cumulabilità

L'indennità derivante dalle gravi patologie non è cumulabile con le indennità derivanti dalle garanzie invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia.

Sezione IV – Norme in caso di sinistro

Art. 1 – Modalità di denuncia del sinistro

In caso di sinistro il contraente o l'assicurato deve darne **avviso alla Società** immediatamente tramite il numero verde 800.48.43.43 facendo poi seguito **entro tre giorni** con la denuncia su apposito modulo "richiesta di indennizzo".

Art. 2 – Denuncia dell'infortunio (Invalidità permanente totale da infortunio)

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora, dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la società possa stabilire una data anteriore. L'assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art. 3 – Denuncia della malattia (Invalidità permanente totale da malattia)

L'assicurato deve denunciare alla società qualsiasi malattia, che secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, la denuncia deve essere effettuata entro trenta giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la società possa stabilire una data anteriore. L'assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo il riscontro della patologia, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art. 4 – Denuncia di sinistro in caso di Malattia Grave

La Malattia Grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi, in particolare, alla data indicata nella documentazione medica fornita dal contraente o all'assicurato al momento della denuncia.

La denuncia dovrà essere redatta e firmata da un medico che confermi la diagnosi corredandola della relativa documentazione medica.

La società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della Malattia Grave entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata documentazione.

Nella fase di accertamento l'assicurato, pena la decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegna a fornire con veridicità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla società per stabilire cause ed effetti della Malattia Grave indennizzabile.

La società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave avvalendosi dei propri medici consulenti.

Art. 5 – Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), **le Parti possono conferire mandato**, con scrittura privata, ad un **Collegio di tre medici** di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio del Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la è stato concluso il contratto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione V – Norme comuni a tutte le sezioni

Art. 1 – Effetto dell'assicurazione

Il contratto si perfeziona solo **nel momento in cui il pagamento del premio sia andato a buon fine**. Pertanto, salvo che sia diversamente convenuto, se il pagamento del premio o della rata di premio è andato a buon fine l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio sia effettivamente andato a buon fine. Se il contraente non paga le rate di premio successive la prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio sia andato a buon fine, ferme le successive scadenze. Il premio annuo è interamente dovuto dal contraente anche se le parti hanno convenuto il frazionamento dello stesso in più rate.

Art. 2 – Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata annuale. In caso di contratto a tacito rinnovo, **in assenza di disdetta** da parte dell'assicurato o da parte della società, la durata del contratto viene **prorogata per un anno** e così successivamente. La **disdetta** deve essere inviata **almeno 30 giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata. Il contraente ha facoltà di optare anche per la formula senza tacito rinnovo, in questo caso la copertura cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel contratto.

Art. 3 – Pagamento del premio con addebito sul conto corrente

Il versamento del premio può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il contraente, al momento della stipula del contratto, **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. n. 11/2010. ad addebitare il conto corrente indicato per il premio alla firma di questo contratto e per i premi successivi. **L'eventuale estinzione del conto corrente** o la revoca dell'autorizzazione di addebito, **deve essere comunicata** ad Arca Assicurazioni almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto. Il contraente è tenuto a concordare con Arca Assicurazioni la nuova forma di pagamento del premio.

Art. 4 – Adeguamento automatico del premio

Il premio di assicurazione è **determinato in base all'età e al sesso** delle persone assicurate al momento dell'adesione ed è **soggetto ad automatico adeguamento** ogni qualvolta uno degli assicurati passerà da uno scaglione di età all'altro, come da tabella "Premi" allegata al presente contratto. Il predetto adeguamento avverrà dalla **scadenza annuale successiva** al compimento dell'età.

Art. 5 – Persone non assicurabili – limite d'età

Non sono assicurabili le persone che:

- svolgono le seguenti attività professionali principali e secondaria: 1) appartenenti a corpi e forze dell'ordine; 2) guide alpine e scalatori;
- soffrono o hanno sofferto, di una delle seguenti malattie: diabete, tumore maligno (ivi compreso tumori pre - maligni, maligni allo stato iniziale, carcinomi in situ), leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette condizioni, la società rimborserà la parte di premio non goduta al netto delle imposte al momento in cui ne è venuta a conoscenza. L'assicurazione vale per le persone che, al momento della sottoscrizione, **non hanno ancora compiuto 65 anni**.

Art. 6 – Dichiarazioni dell'assicurato/contraente

La società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'assicurato/contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte, o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C.

Art. 7 – Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 8 – Altre assicurazioni

In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli articoli 1910 e 1913 del Codice Civile.

Art. 9 – Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'assicurato/contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 10 – Variazioni di rischio.

L'assicurato/contraente ha l'obbligo di dare **immediata comunicazione** scritta alla società di ogni **variazione** che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'assicurato/contraente. Se la variazione implica **aggravamento del rischio**, la società ha **facoltà di recedere** dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art. 11 – Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato.

Art. 12 – Beneficiario

Il diritto all'indennità per invalidità permanente infortunio e malattia e gravi malattie è di carattere personale, tuttavia se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio/malattia dopo che l'indennità relativa all'invalidità permanente sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, oppure sia già trascorso il periodo di qualificazione per le gravi malattie, il diritto del capitale è trasmissibile agli eredi legittimi.

Art. 13 – Liquidazione del capitale assicurato e operatività dell'assicurazione

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per invalidità, sia da infortunio che da malattia, o per malattia grave, la polizza si estingue nei riguardi dell'assicurato oggetto dell'indennizzo. In ogni caso il capitale assicurato può essere corrisposto allo stesso individuo solo una volta.

Art. 14 – Termini di carenza nel caso di sostituzione

Qualora la presente polizza sia stata emessa in **sostituzione di un contratto analogo**, riguardante lo stesso assicurato con le medesime condizioni e capitali:

- i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito;
- mentre nel caso tali termini siano trascorsi parzialmente sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Qualora invece la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo relativo allo stesso assicurato con aumento dei capitali i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia per le maggiori indennità.

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa al fine di includere in garanzia uno o più nuovi assicurati:

- per i nuovi assicurati i termini di carenza operano **dalla decorrenza** della presente garanzia;
- per le persone assicurate nella polizza sostituita, così come nella presente, i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia **non operano**, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito; nel caso invece tali termini siano trascorsi parzialmente, sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Art. 15 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato/contraente.

Art. 16 – Foro competente

Per ogni controversia inerente all'interpretazione, esecuzione, applicazione delle presenti condizioni, sarà esclusivamente competente il Foro del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore.

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

Art. 18 – Riservatezza dei dati

Arca Assicurazioni S.p.A. si impegna alla raccolta e gestione dei dati personali così come previsto nell'“Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti”.

Allegato: tabella premi ARCASALUTE Tariffa “Correntisti” – Premi lordi annui

ALLEGATO: TABELLA PREMI ARCASALUTE – Tariffa “CORRENTISTI” - Premi lordi annui			
Scaglione Età	Sesso	STANDARD	EXTRA
0 - 17	M	€ 62,00	€ 93,00
0 - 17	F	€ 62,00	€ 93,00
18 - 30	M	€ 112,00	€ 167,00
18 - 30	F	€ 117,00	€ 175,00
31 - 40	M	€ 187,00	€ 280,00
31 - 40	F	€ 250,00	€ 375,00
41 - 45	M	€ 335,00	€ 503,00
41 - 45	F	€ 439,00	€ 659,00
46 - 50	M	€ 545,00	€ 817,00
46 - 50	F	€ 601,00	€ 901,00
51 - 55	M	€ 790,00	€ 1.184,00
51 - 55	F	€ 799,00	€ 1.198,00
56 - 60	M	€ 1.117,00	€ 1.675,00
56 - 60	F	€ 1.006,00	€ 1.509,00
61 - 65	M	€ 1.824,00	€ 2.736,00
61 - 65	F	€ 1.313,00	€ 1.969,00

La società applicherà uno sconto pari al 5% del premio imponibile nel caso si assicurino più di una persona con il medesimo contratto.

Modalità di apertura sinistri: istruzioni operative

In caso di sinistro potranno essere richieste informazioni sia per l'apertura che eventualmente per la sua successiva gestione contattando i seguenti numeri telefonici:

Servizio Sinistri Rami Elementari



- dall'Italia
- dall'estero **+39.045.8181941**

L'inoltro della denuncia del sinistro dovrà avvenire per iscritto (fax, posta, telegramma) indirizzati a **"Servizio Sinistri Rami Elementari"**:

- Fax **045.8192397**
- Telegramma **Arca Assicurazioni S.p.A.
Servizio Sinistri
Via del Fante, 21
37122 Verona**

Tale denuncia dovrà sempre contenere i seguenti dati:

- cognome, nome, indirizzo e numero di telefono
- numero del CONTRATTO

e potrà essere formulata utilizzando il "Modulo richiesta di Indennizzo" che segue.

Documentazione da allegare alla denuncia:

INFORTUNI

- Denuncia di sinistro (anche via fax) indicando il codice fiscale del danneggiato;
- Indicazione Autorità intervenute;
- Documentazione sanitaria e copia integrale della cartella clinica;
- Copia della patente di guida (se l'infortunio si è verificato mentre l'assicurato era alla guida di mezzi per i quali è previsto l'obbligo della patente);

MALATTIA

- Denuncia di sinistro (anche via fax) indicando il codice fiscale del danneggiato;
- Certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- Documentazione sanitaria, copia integrale delle cartelle cliniche, certificato medico definitivo di guarigione clinica della malattia e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione di eventuali postumi invalidanti.

Per i casi particolari è facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione.

Modulo richiesta di Indennizzo

Polizza ARCASALUTE

DA INVIARE TRAMITE FAX AL N. 045.8192397
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

Spettabile
Arca Assicurazioni S.p.A.
Via del Fante, 21
37122 – Verona
Fax 045 - 8192397

N° SINISTRO (riservato alla Società)		N° CONTRATTO	
DATI DELL'ASSICURATO			
Cognome e nome			
Luogo e data di nascita			
Codice fiscale		Professione	
Residenza			
Reperibilità		giorni dalle ore alle ore	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Infortunio con invalidità permanente		<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da malattia	<input type="checkbox"/> Grave malattia
Data	Ora	Autorità intervenute	
Località di accadimento del sinistro			
Causa e descrizione dell'evento			
Eventuali altre Assicurazioni (indicare la Compagnia)			
Documenti allegati:			
Precedenti infortuni e malattie dell'assicurato (indicare data e sede anatomica delle lesioni) / postumi riportati			
Precedenti ricoveri/interventi, data:		Patologia:	
Referente Banca		Tel.	
Coordinate bancarie IBAN:			
Banca:			
Intestatario:			
Firma del Contraente/Assicurato 		Data	
Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali appartenenti a categorie particolari di dati (ad esempio relativi alla salute) Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 - 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 presente nel Set Informativo, acconsento: <ul style="list-style-type: none">• al trattamento dei dati particolari che mi riguardano;• alla comunicazione a terzi dei dati particolari che mi riguardano per finalità attinenti alla gestione e liquidazione dei sinistri. Sono consapevole che il rifiuto al conferimento di tali dati comporterà per la società l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e la liquidazione dello stesso.			
Luogo e data: _____		Firma:  _____	

ArcaSalute

Assicurazione infortuni e malattia

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 fornite; 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

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 statistico-tarifarie.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Arca Assicurazioni S.p.A., Arca Sistemi S.c.ar.l., Arca Inlinea S.c.ar.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.
- 8) 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. CONSAP); 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.