

Protezione 24

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

Assicurazione infortuni e malattia

**ARCA ASSICURAZIONI**

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

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Protezione 24

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 tutela dai danni fisici occorsi alle persone assicurate provocati da infortunio ed i danni da malattia che causino invalidità permanente. La polizza tutela, inoltre, dal danno economico derivante da inabilità temporanea. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 5 persone.



Che cosa è assicurato?

✓ Garanzie infortuni:

- Invalidità permanente da infortunio: garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente, sia parziale che totale, a seguito di infortunio. La sezione prevede delle condizioni speciali a scelta dell'assicurato.
- Assistenza: offre prestazioni di immediato aiuto e consulenze mediche in caso di infortunio o malattia.

Garanzie supplementari

Garanzie infortuni

- ✓ Morte da infortunio:
Inabilità temporanea da infortunio
- ✓ Diaria da infortunio:
Rimborso spese sanitarie da infortunio:

Invalidità permanente da malattia

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



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Garanzie infortuni: non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno d'età.
- ✗ Invalidità permanente da malattia: non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° anno d'età.



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:

- ! Garanzie infortuni: 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 da malattia: le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale per il mondo intero.
- ✓ Inabilità temporanea da infortunio: per gli infortuni che si verificano al di fuori degli Stati europei o di quelli Africani e Asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, l'indennizzo viene liquidato limitatamente al periodo di ricovero: tale limitazione cessa dalle ore 24:00 del giorno di rientro nei suddetti Stati.



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.



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.

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il contraente può recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla definizione del contratto tramite comunicazione esplicita all'intermediario o alla Compagnia.

Assicurazione infortuni e malattia

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: Protezione 24

10 Febbraio 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 2024, il patrimonio netto dell'Impresa ammonta a € 196,2 milioni e il risultato economico a € 54.919.234,60. L'Impresa presenta un indice di solvibilità pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

La Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al 31 dicembre 2024 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

Garanzie infortuni:

"Rischio volo": vedasi, Sezione 2, Art. 25, pg. 11 di 59

"Perdita anno scolastico": vedasi, Sezione 2, Art. 26, pg. 11 di 59

Invalidità permanente da infortunio:

"Invalidità permanente in seguito a calamità naturali": vedasi, Sezione 2.1, Art. 33, pg. 16 di 59

"Rottura sottocutanea dei tendini": vedasi, Sezione 2.1, Art. 34, pg. 17 di 59

"Danni estetici": vedasi, Sezione 2.1, Art. 35, pg. 17 di 59

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sono previsti sconti in base al numero di assicurati: 2 assicurati - 3%; 3 assicurati - 5%; 4 assicurati - 10%; 5 assicurati - 15%

Invalidità permanente da infortunio:

"Franchigia assoluta del 5% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 47, pg. 21 di 59, - 20%

"Franchigia assoluta del 10% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 48, pg. 21 di 59, - 30%

"Franchigia assoluta del 20% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 49, pg. 21 di 59, - 40%

"Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 52, pg. 21 di 59, 0%

"Condizione speciale PLUS": Sezione 2.1, Art. 53, pg. 2 di 59, - 30%

Inabilità temporanea da infortunio:

"Franchigia assoluta 10 giorni sull'inabilità temporanea": Sezione 2.3, Art. 61, pg. 27 di 59, -10%

"Franchigia assoluta 15 giorni sull'inabilità temporanea": Sezione 2.3, Art. 62, pg. 27 di 59, -20%

"Franchigia assoluta 20 giorni sull'inabilità temporanea": Sezione 2.3, Art. 63, pg. 27 di 59, -30%

"Franchigia assoluta 25 giorni sull'inabilità temporanea": Sezione 2.3, Art. 64, pg. 27 di 59, -40%

"Franchigia assoluta 30 giorni sull'inabilità temporanea": Sezione 2.3, Art. 65, pg. 27 di 59, -50%

OPZIONI CON PAGAMENTI DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Invalidità permanente da infortunio:

"Supervalutazione dell'invalidità permanente per determinate categorie professionali (es: Medici, Musicisti, ecc.)": Sezione 2.1, Art. 37, pg. 18 di 59

"Adozione tabella INAIL": Sezione 2.1, Art. 38, pg. 18 di 59

"Estensione dell'assicurazione ad attività sportive": Sezione 2.1, Art. 39, pg. 18 di 59

"Immersioni subacquee con uso di autorespiratore": Sezione 2.1, Art. 40, pg. 19 di 59

"Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di Monaco comunque accompagnati da guida patentata": Sezione 2.1, Art. 41, pg. 19 di 59

"Speleologia": Sezione 2.1, Art. 42, pg.19 di 59

"Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci": Sezione 2.1, Art. 43, pg.19 di 59

"Rugby e football americano": Sezione 2.1, Art. 44, pg.20 di 59

"Rendita vitalizia": Sezione 2.1, Art. 45, pg.20 di 59

"Franchigia assoluta del 3% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 46, pg.20 di 59

"Franchigia relativa al 3% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 50, pg.21 di 59

"Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalidità permanente": Sezione 2.1, Art. 51, pg.21 di 59

Morte da infortunio : Sezione 2.2, pg.24 di 59

Inabilità temporanea da infortunio : Sezione 2.3, pg.27 di 59

Diaria da infortunio : Sezione 2.4, pg.30 di 59

Rimborso spese sanitarie da infortunio : Sezione 2.5, pg.33 di 59

Invalidità permanente da malattia : Sezione 3, pg.36 di 59



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:

GARANZIE INFORTUNI – sono esclusi i danni: dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta e valida abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo; dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove; dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo; dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard; dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'infortunio si verifici durante gare e/o competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili; dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta; da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci; da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie; dallo svolgimento di attività militari; da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni; da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche; le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (aids); le ernie; gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio; le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo; gli infarti da qualsiasi causa determinati; le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici. **Avvelenamento del sangue e infezione, virus H.I.V. Lesioni causate da infezioni acute, la malaria e di qualsiasi altra malattia tropicale.** **Rischio volo** quelli da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da aeroclubs; su apparecchi per il volo da diporto o sportivo. **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO, MORTE DA INFORTUNIO e RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO** - **Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di Monaco** comunque accompagnati da guida patentata. **Speleologia, Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci e Rugby e football americano** perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche. **DIARIA DA INFORTUNIO** - **Diaria da gessatura** le fasciature funzionali, collari, tutori e simili e non sono comprese in garanzia i seguenti apparecchi in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato: bendaggi, apparecchi, busti, corsetti "semirigidi"; apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; bendaggi elastici adesivi (tensoplast, ecc.); ortesi in genere (app. di posizione, es.: plantari); cuscino di appoggio per abduction; immobilizzatore articolato del gomito; collari Schantz, Camp, simili; ginocchiere Donjoy; stecche di Zimmer. **RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO**: spese che risultano a carico del S.S.N.; le spese di natura alberghiera per cure termali. **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione e quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti; le conseguenze di: malattie mentali, disturbi psichici, comportamenti nevrotici, sindromi organico cerebrali, schizofrenie, forme maniaco depressive, stati paranoidi; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); malattie tropicali; intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni; trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche; di malattie, malfunzionamenti e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave; assicurati che abbiano subito accertamenti diagnostici, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più delle seguenti malattie: epilessia o sindromi epilettoidi, vasculopatia cerebrale, malattie del sistema nervoso centrale o periferico, disturbi psichici rilevanti, asma o enfisema polmonare, infarto, coronaropatie, valvulopatie, angina pectoris, ipertensione arteriosa, steatosi epatica o cirrosi, epatite virale, ulcera gastrica, colite ulcerosa, morbo di Crohn, nefriti o nevrosi, diabete e sue complicazioni, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, malattie del connettivo, neoplasie in genere e relative recidive insorte nei 5 anni precedenti alla sottoscrizione della polizza, artrite reumatoide, immunodeficienza acquisita (HIV). **ASSISTENZA** i sinistri provocati o dipendenti da: gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti; alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; dolo dell'assicurato o colpa grave; abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni; tentato suicidio o suicidio; sports aerei in genere, guida e uso di deltaplani e altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii e assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove e allenamenti); malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio; malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza; espianto e/o trapianto di organi; le prestazioni/garanzie non sono fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. **Trasferimento in un centro ospedaliero**

le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della centrale operativa, possono essere curate nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza; le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera; la prestazione non opera nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie. Guida alla struttura sanitaria. Ricerca e prenotazione centri ospedalieri. Consegna esiti a domicilio. Ricerca e prenotazione visite specialistiche. accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche. la prestazione non è fornita nei giorni festivi infrasettimanali. Invio di un'autoambulanza a domicilio in Italia primo soccorso per cui dovrà essere sempre attivato il 118.

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 DA INFORTUNIO: Calamità naturali: 10%. Invalità permanente: se inferiore a € 250.000,00: 3%, se superiore a € 250.000,00: 10%, se superiore al 60%, nessuna franchigia. Estensione dell'assicurazione ad attività sportive: 5%. Immersioni subacquee con uso di autorespiratore: 10%. Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di Monaco comunque accompagnati da guida patentata, Speleologia, Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci e Rugby e football americano: fino a € 250.000,00 5 punti, tra € 250.000,00 e € 500.000,00 10 punti, oltre € 500.000,00 15 punti. Franchigia assoluta del 3% sull'invalità permanente: 3%. Franchigia assoluta del 5% sull'invalità permanente: 5%. Franchigia assoluta del 10% sull'invalità permanente: 10%. Franchigia assoluta del 20% sull'invalità permanente: 20%. Franchigia relativa al 3% sull'invalità permanente: 3% della totale. Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalità permanente: se inferiore al 10%: 3%, se uguale o superiore al 10%: nessuna franchigia. Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalità permanente: se inferiore al 15%: 5%, se uguale o superiore al 15%: nessuna franchigia. Franchigia assoluta del 3% sull'invalità permanente: 3%. Franchigia assoluta del 5% sull'invalità permanente: 5%. Franchigia assoluta del 10% sull'invalità permanente: 10%. Franchigia assoluta del 20% sull'invalità permanente: 20%. Franchigia relativa al 3% sull'invalità permanente: 3% della totale. Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalità permanente: se inferiore al 10%: 3%, se uguale o superiore al 10%: nessuna franchigia. Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalità permanente: se inferiore al 15%: 5%, se uguale o superiore al 15%: nessuna franchigia. Franchigia assoluta del 3% sull'invalità permanente: 3%. Franchigia assoluta del 5% sull'invalità permanente: 5%. Franchigia assoluta del 10% sull'invalità permanente: 10%. Franchigia assoluta del 20% sull'invalità permanente: 20%. Franchigia relativa al 3% sull'invalità permanente: 3% della totale. Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalità permanente: se inferiore al 10%: 3%, se uguale o superiore al 10%: nessuna franchigia. Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalità permanente: se inferiore al 15%: 5%, se uguale o superiore al 15%: nessuna franchigia. **INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO:** 8 giorni. Franchigia assoluta 10 giorni sull'inabilità temporanea: 10 giorni. Franchigia assoluta 15 giorni sull'inabilità temporanea: 15 giorni. Franchigia assoluta 20 giorni sull'inabilità temporanea: 20 giorni. Franchigia assoluta 25 giorni sull'inabilità temporanea: 25 giorni. Franchigia assoluta 30 giorni sull'inabilità temporanea: 30 giorni. **DIARIA DA INFORTUNIO:** Diaria da convalescenza post ricovero: 3 giorni. **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:** 25%.

Scoperti - RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO: Rimborso spese di cura in assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale: 10% minimo € 50,00 massimo 30% della somma assicurata.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Protezione24 è rivolto a tutte le persone fisiche o la piccola media azienda che desiderino assicurarsi contro gli infortuni e le malattie



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 22,00% 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	Arbitrato tecnico: In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti 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 o della normativa applicabile

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Il contratto è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquote d'imposta: Invalidità permanente da infortunio: 2,5%. Morte da infortunio: 2,5%. Inabilità temporanea da infortunio: 2,5%. Diaria da infortunio: 2,5%. Rimborso spese sanitarie da infortunio: 2,5%. Invalidità permanente da malattia: 2,5%. Assistenza: 10%. 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.

Protezione 24

Assicurazione infortuni e malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Documento redatto in conformità alle Linee guida del

Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

Prenditi cura del tuo benessere con **Protezione24!**

Con la soluzione assicurativa Protezione24 hai a disposizione una **somma** che puoi utilizzare in caso di **invalidità permanente da infortunio**: è un prodotto flessibile che permette di costruire una copertura in base alle proprie esigenze poiché consente di scegliere e combinare le garanzie tra di loro.

Puoi completare la polizza con importanti garanzie:

Morte da infortunio i tuoi cari potranno ricevere una somma quantificata in polizza.

Inabilità temporanea da infortunio per ricevere il pagamento di un importo giornaliero prestabilito in caso di infortunio che provochi la temporanea impossibilità di svolgere la propria attività lavorativa, con o senza ricovero.

Diaria da infortunio per avere a disposizione un importo giornaliero prestabilito in caso di infortunio che comporti il ricovero.

Rimborso spese sanitarie da infortunio per richiedere il rimborso delle spese di cura che non risultano a carico del S.S.N. in seguito a un infortunio.

Invalidità permanente da malattia per avere a disposizione un indennizzo in caso di invalidità accertata e calcolato sulla somma assicurata.

Assistenza in caso di necessità, tramite la Centrale Operativa di UnipolAssistance, è possibile richiedere una serie di servizi tra cui consulenze sanitarie specialistiche o l'invio a domicilio di un medico o di un'ambulanza.

Puoi inoltre scegliere l'ambito di copertura tra tre opzioni:

- **Copertura professionale**, che copre l'attività professionale dichiarata in polizza.
- **Copertura extraprofessionale**, che copre le attività che non vengono svolte a carattere professionale.
- **Copertura completa**, che comprende tutte le attività (professionali ed extra-professionali) svolte dall'assicurato 24 ore su 24.

Nelle prossime pagine delle Condizioni di Assicurazione, che rappresentano gli impegni contrattuali che ci assumiamo nei tuoi confronti, abbiamo utilizzato dei box informativi che a titolo puramente esemplificativo, ti saranno utili per approfondire alcuni aspetti delle garanzie presenti nella polizza.

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-484343

Per denunciare un sinistro



800-012529

Per contattare il Servizio di Assistenza



Invia una richiesta

Attraverso la sezione "Contattaci" del sito www.arcassicura.it



Vieni a scoprire la tua Area Riservata

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa in un click!

Accedi o registrati per consultare:



Le tue **coperture assicurative** e le **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**

E per effettuare:



La **denuncia** di un sinistro.



... e molto altro ancora!

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-849089

Dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 18.00



Invia una richiesta

Attraverso la sezione "Contattaci"
del sito www.arcassicura.it



è la piattaforma dedicata a tutti i nostri clienti.

Inquadra il **QR Code** per accedere al sito:



Indice

Glossario	5
1 Norme che regolano il contratto in generale	7
2 Garanzie infortuni	11
2.1 Invalidità Permanente da infortunio	16
2.2 Morte da infortunio	28
2.3 Inabilità temporanea da infortunio	31
2.4 Diaria da infortunio	34
2.5 Rimborso spese sanitarie da infortunio	37
3 Invalidità permanente da malattia	40
4 Assistenza	44
5 Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	50
Allegato 1 - Tabelle delle attività professionali	55
Norme di legge richiamate in polizza	63
Modalità per la richiesta di Assistenza	66
Modulo di denuncia	67

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si intende per:

ASSICURATO: soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

ASSICURAZIONE: contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO: persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale la compagnia deve liquidare l'indennizzo in caso di decesso dell'assicurato ai termini di polizza. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi dell'assicurato in parti uguali tra loro.

CENTRALE OPERATIVA (UnipolAssistance): è la struttura di UnipolAssistance costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, deputata a ricevere le richieste di assistenza, organizzare ed erogare le prestazioni previste in polizza.

COMPAGNIA: l'impresa assicuratrice, Arca Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE: soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

CONVALESCENZA: periodo di tempo necessario al ripristino della capacità di attendere alle attività professionali dichiarate, che sia successivo a un ricovero nonché prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato.

DAY HOSPITAL: prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica. Nella definizione si ricomprende anche il Day Surgery.

FRANCHIGIA: parte di danno indennizzabile che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'assicurato.

GESSATURA: immobilizzazione con gesso o altro materiale rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche.

INABILITÀ TEMPORANEA: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate, verificatasi a seguito di infortunio.

INDENNIZZO: somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: tecnica terapeutica cruenta applicata sull'assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente a infortunio e/o malattia.

INVALIDITA' PERMANENTE: perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'Assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

MALATTIA IMPROVVISA: malattia di acuta insorgenza di cui l'assicurato non era a conoscenza al momento della sottoscrizione della polizza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo.

MALATTIA: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

POLIZZA: documento che prova l'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

PREMIO: prestazione in denaro dovuta dal contraente alla compagnia.

RICOVERO: permanenza, che comporti pernottamento, in istituto di cura o permanenza in regime di day

hospital o comunque a seguito di intervento di Pronto Soccorso.

RISCHIO: probabilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO: percentuale del danno che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'assicurato.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

UNIPOLASSISTANCE: UnipolAssistance s.c.r.l., la quale ha sede in C.so Massimo D'Azeglio, 14 - 10125 - Torino - tel. 011.6523111 - fax 011.658652, è la struttura organizzativa di cui la Compagnia si avvale per la gestione dei sinistri di assistenza. L'Assicurato ha facoltà di prendere contatto con la Centrale Operativa di UnipolAssistance per tutto quanto attiene alla gestione dei sinistri.

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la COMPAGNIA garantisce l'erogazione delle prestazioni previste dalle garanzie prescelte dal CONTRAENTE al momento della conclusione della POLIZZA.

Le garanzie base, sempre operanti, sono:

- Invalidità permanente da infortunio;
- Assistenza.

Il CONTRAENTE può personalizzare le coperture scegliendo di acquistare una o più delle seguenti garanzie:

- Morte da infortunio;
- Inabilità temporanea da infortunio;
- Diaria da infortunio;
- Rimborso spese sanitarie da infortunio;
- Invalidità permanente da malattia.

Art. 2 - Operatività del contratto

Le garanzie prestate **sono esclusivamente** quelle indicate in POLIZZA e **valgono esclusivamente** per le persone indicate nella stessa.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE**Art. 3 - Decorrenza del contratto**

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 24:00 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del PREMIO sia effettivamente andato a buon fine.

Se il CONTRAENTE non paga le rate di PREMIO successive alla prima, l'ASSICURAZIONE **resta sospesa** dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del PREMIO sia stato effettuato, ferme le successive scadenze.

Se il contratto è stipulato con modalità di vendita a distanza, il CONTRAENTE ha il diritto di recedere nei 14 (quattordici) giorni successivi alla sua definizione tramite lettera raccomandata e/o fax e/o PEC alla COMPAGNIA.

Art. 4 - Durata del contratto^[1]

La durata del presente contratto è annuale con facoltà di optare o meno per il tacito rinnovo e viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione dello stesso nonché indicata sulla POLIZZA.

Art. 5 - Proroga del contratto

Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, in assenza di disdetta da parte del CONTRAENTE o della COMPAGNIA, la durata viene prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente.

Art. 6 - Disdetta del contratto e diritto di recesso

La **disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it.

Nel caso di vendita a distanza, ai sensi del D.Lgs. 206/2005, il consumatore che ha aderito alla presente POLIZZA, dispone di un termine di 14 (quattordici) giorni dalla data di conclusione del contratto a distanza per recedere dallo stesso senza penali e senza dover indicare il motivo. Il diritto di recesso si esercita con l'invio,



[1]: La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza? Qualora il contratto sia stipulato "con tacito rinnovo", la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il contraente non deciderà di dare disdetta con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza del contratto stesso. Qualora il contratto sia stipulato "senza tacito rinnovo" la copertura si interrompe alla scadenza annua.

entro il termine di 14 (quattordici) giorni, di una comunicazione scritta all'intermediario (Istituto Bancario con il quale ha sottoscritto la POLIZZA), mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Tale comunicazione può essere inviata, entro lo stesso termine, anche mediante fax all'intermediario a condizione che la stessa sia confermata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro le 48 (quarantotto) ore successive.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

Art. 7 - Pagamento del premio [2]

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.

Il CONTRAENTE è tenuto a versare il PREMIO o le rate di PREMIO alle scadenze pattuite. Il PREMIO deve essere pagato direttamente alla COMPAGNIA.

Art. 8 - Frazionamento del premio

Il PREMIO annuo è interamente dovuto dal CONTRAENTE anche se le parti hanno convenuto il frazionamento dello stesso in più rate.

Art. 9 - Adeguamento del premio per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

Il PREMIO della garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione dell'età dell'ASSICURATO nei termini previsti nella tabella di seguito riportata:

Età dell'assicurato	Adeguamento del premio
Fino a 25 anni	Nessun adeguamento di premio
Da 26 a 64 anni	Adeguamento annuo del premio in misura compresa tra 7,8% e 8,2%

Art. 10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'ASSICURAZIONE sono a carico del CONTRAENTE.

CHE OBBLIGHI HO

Art. 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del RISCHIO possono comportare la **perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO**, nonché la cessazione dell'ASSICURAZIONE, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tali omissioni o inesattezze non comportano decadenza dal diritto all'INDENNIZZO, sempreché siano avvenute in buona fede e quindi esclusi i casi di dolo o di colpa grave. La COMPAGNIA ha peraltro il diritto di percepire la differenza di PREMIO corrispondente al maggior RISCHIO a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 12 - Aggravamento del rischio

L'ASSICURATO o il CONTRAENTE deve **dare comunicazione scritta** alla COMPAGNIA di ogni aggravamento del RISCHIO.

Gli **aggravamenti di RISCHIO non noti** o non accettati dalla COMPAGNIA **possono comportare** la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO, nonché la stessa cessazione dell'ASSICURAZIONE, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Il diritto all'INDENNIZZO non viene pregiudicato in caso di aggravamento di RISCHIO non comunicato in **buona fede** dall'ASSICURATO.

Art. 13 - Diminuzione del rischio



[2]: Cos'è il Premio? Il premio, in un'assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Compagnia per attivare la copertura assicurativa sottoscritta.

L'ASSICURATO o il CONTRAENTE è tenuto a comunicare alla COMPAGNIA le eventuali diminuzioni del RISCHIO. In tale evenienza la COMPAGNIA è tenuta a ridurre il PREMIO o le rate di PREMIO successive alla suddetta comunicazione dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo recesso.

ALTRE NORME

Art. 14 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 15 - Termini di carenza

Premesso che per termini di carenza, che decorrono dal giorno di effetto della POLIZZA, si intende il periodo contrattuale durante il quale non è garantita la copertura assicurativa, la garanzia decorre:

- dal giorno stesso di effetto dell'ASSICURAZIONE per gli infortuni;
- dal 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le malattie.

Qualora la POLIZZA sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra POLIZZA riguardante gli stessi assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la POLIZZA sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente ASSICURAZIONE, decorsi i termini di carenza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 16 - Attività diverse da quelle dichiarate in polizza

L'ASSICURATO deve comunicare alla COMPAGNIA ogni cambiamento dell'attività professionale dichiarata. In caso di mancata comunicazione, se si verifica un INFORTUNIO durante lo svolgimento di una diversa attività l'INDENNIZZO verrà corrisposto:

- integralmente se la diversa attività non aggrava il RISCHIO assicurato;
- nella misura percentuale indicata nella seguente tabella, se la diversa attività aggrava il RISCHIO:

Attività Svolta al momento del sinistro	Attività dichiarata	Attività dichiarata	Attività dichiarata	Attività dichiarata
Classi	A	B	C	D
A	100%	100%	100%	100%
B	75%	100%	100%	100%
C	60%	75%	100%	100%
D	40%	60%	75%	100%

La classificazione delle attività professionali secondo il rispettivo grado di RISCHIO è riportata nell'Allegato 1 - Tabella delle attività professionali che forma parte integrante della presente polizza.

In caso di attività eventualmente non specificata in tale classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a un'attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento dell'INFORTUNIO sia annoverabile fra quelle definite nell'Art. 29 - Attività professionali non assicurabili, la COMPAGNIA non corrisponderà alcun INDENNIZZO.

Art. 17 - 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. 18 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente ASSICURAZIONE è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono

essere adempiuti dal CONTRAENTE, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo ASSICURATO.

Art. 19 - 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 domicilio elettivo dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE.

Art. 20 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 21 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La COMPAGNIA rinuncia a favore dell'ASSICURATO o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'articolo 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili.

COSA È ASSICURATO**Art. 22 - Oggetto dell'assicurazione**

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie sotto elencate e meglio descritte in seguito:

- 2.1 - Invalidità permanente da infortunio;
- 2.2 - Morte da infortunio;
- 2.3 - Inabilità temporanea da infortunio;
- 2.4 - Diaria da infortunio;
- 2.5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio.

L'ASSICURAZIONE è prestata per gli infortuni a seconda delle garanzie scelte e indicate nel contratto.

La garanzia è prestata per gli infortuni che l'ASSICURATO subisca durante lo svolgimento delle attività descritte nell'Art. 23 - Forme di copertura e riportate in polizza.

Art. 23 - Forme di copertura

La Forma di Copertura operante, per ogni ASSICURATO, è quella esplicitamente richiamata sulla POLIZZA:

a) Forma di copertura completa

L'ASSICURAZIONE vale per gli infortuni che l'ASSICURATO subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate in POLIZZA;
- di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

b) Forma di copertura professionale

L'ASSICURAZIONE vale per gli infortuni che l'ASSICURATO subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate in POLIZZA.

Sono compresi nell'ASSICURAZIONE gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'ASSICURATO al suo luogo di lavoro e viceversa (RISCHIO in itinere).

c) Forma di copertura extraprofessionale

L'ASSICURAZIONE vale esclusivamente per gli infortuni che l'ASSICURATO subisca nello svolgimento:

- di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

Art. 24 - Eventi garantiti

L'ASSICURAZIONE è operante per gli infortuni:

- a) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- b) subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) conseguenti ad atti compiuti dall'ASSICURATO per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'ASSICURATO non vi abbia partecipato in modo volontario;
- e) derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'ASSICURATO ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
- f) derivanti da attività sportive, a eccezione di quelli indicati all'Art. 30 - Rischi esclusi, punti d), e), f).

L'ASSICURAZIONE è estesa anche ai seguenti eventi particolari:

- g) asfissia di origine non morbosa;

- h) avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita e involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- i) avvelenamento del sangue e infezione, **escluso il virus H.I.V.**, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- j) lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- k) annegamento;
- l) lesioni causate da infezioni acute oggettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con **esclusione della malaria e di qualsiasi altra MALATTIA tropicale**;
- m) folgorazione;
- n) colpi di sole o di calore;
- o) assideramento o congelamento;
- p) lesioni determinate da sforzi, non espressamente escluse, salvo quanto specificatamente previsto per le ernie addominali da sforzo;
- q) ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:

- se si determina ernia operabile sarà corrisposto, a titolo di INABILITÀ TEMPORANEA e sempreché tale garanzia sia prevista in POLIZZA, un INDENNIZZO fino a un massimo di giorni 20 (venti);
- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto, a titolo di INVALIDITÀ PERMANENTE, un INDENNIZZO non superiore al 10% della somma assicurata per l'INVALIDITÀ PERMANENTE totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura, le conseguenze e la operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 106 – Valutazione del danno - Arbitrato tecnico.

Le suddette garanzie valgono dalla data di effetto dell'ASSICURAZIONE purché, a tale data, l'ASSICURATO abbia presentato alla COMPAGNIA un certificato medico che escluda l'esistenza di ernie addominali. In caso contrario le garanzie valgono dal 181° (centottantunesimo) giorno successivo alla data di effetto dell'ASSICURAZIONE.

Se la presente ASSICURAZIONE ne sostituisce, senza soluzione di continuità, altra che pure comprende il RISCHIO delle ernie addominali da sforzo, in mancanza di presentazione del certificato medico sopraccitato, il computo dei 181 (centottantuno) giorni inizia:

- dalla data di effetto della precedente ASSICURAZIONE, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di effetto della presente ASSICURAZIONE limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste.

Art. 25 - Rischio volo

L'ASSICURAZIONE è estesa agli infortuni che l'ASSICURATO subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;**
- **da aeroclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

La copertura inizia dal momento in cui l'ASSICURATO sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 26 - Perdita anno scolastico

In favore degli studenti assicurati di età non superiore a 20 (venti) anni che frequentano in Italia scuole italiane di istruzione primaria e secondaria, in caso di INFORTUNIO che, a motivo dell'entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni

ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, **la COMPAGNIA liquida un INDENNIZZO di € 1.500,00 (millecinquecento).**

La garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole equivalenti a quelle sopra indicate nella Repubblica di San Marino o Città del Vaticano ovvero equivalenti scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 27 - Limiti di età

Per quanto riguarda le garanzie infortuni **non sono assicurabili le persone** che nel corso di validità del contratto **superino l'80° (ottantesimo) anno d'età.**

Resta inteso che qualora l'ASSICURATO compia l'80° (ottantesimo) anno di età durante il periodo di validità del contratto, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Art. 28 - Persone non assicurabili

Premesso che la COMPAGNIA, qualora al momento della stipulazione della POLIZZA, fosse stata a conoscenza che l'ASSICURATO era **affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV** non avrebbe acconsentito a prestare l'ASSICURAZIONE, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, **l'ASSICURAZIONE stessa cessa** contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'ASSICURATO, a norma dell'articolo 1898 del Codice Civile, senza obbligo per la COMPAGNIA di corrispondere l'INDENNIZZO.

In caso di cessazione dell'ASSICURAZIONE in corso, la COMPAGNIA rimborsa al CONTRAENTE, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione stessa, la parte di PREMIO, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di ASSICURAZIONE per il quale è stato corrisposto il PREMIO stesso.

Art. 29 - Attività professionali non assicurabili

Non sono assicurabili le seguenti attività professionali:

- agenti di Pubblica Sicurezza e militari nelle varie armi, vigili del fuoco, guardie carcerarie;
- acrobati, stuntman, addetti allo zoo o zoosafari, fantini e addestratori di cavalli, girovaghi, giostrai e in genere tutte le mansioni da circo;
- collaudatori di veicoli, corridori di automobilismo, motociclismo, motonautica;
- istruttori o allenatori di volo con ultraleggeri, deltaplani, paracadutismo, parapendio e simili o coloro che svolgono professionalmente una o più tra le seguenti attività: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard;
- personale addetto a disinfezione, disinfestazione, derattizzazione, spurgo di pozzi neri;
- personale non medico in case di cura per malattie mentali;
- personale viaggiante navigazione aerea e marittima;
- portavalori;
- sommozzatori, palombari, pescatori, speleologi, lavori in sotterraneo, miniere, gallerie;
- sportivi e atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali e che praticano lo sport a livello professionale o che comunque comporti remunerazione sia diretta, sia indiretta;
- tutte le attività che comportino normalmente detenzione, uso, manipolazione, trasporto di esplosivi e/o presenza in ambienti ove viene fatto uso di esplosivi.

Art. 30 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'ASSICURAZIONE gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'ASSICURATO è privo della prescritta e valida abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'ASSICURATO abbia, al momento del SINISTRO, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;

- c) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto nell'Art. 25 - Rischio volo;
- d) dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard;
- e) dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'INFORTUNIO si verifichi durante gare e/o competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- h) da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- i) dallo svolgimento di attività militari;
- j) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dal precedente Art. 22 - Oggetto dell'assicurazione;
- k) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'ASSICURAZIONE:

- l) le conseguenze dell'INFORTUNIO che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- m) le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo regolate dall'Art. 24 - Eventi garantiti;
- n) gli avvelenamenti, salvo quanto previsto dall'Art. 24 - Eventi garantiti, e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di INFORTUNIO, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da INFORTUNIO;
- o) le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo;
- p) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- q) le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 31 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella A - Infortuni

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Perdita anno scolastico	Max 20 anni	€ 1.500,00

2.1

Invalidità Permanente da infortunio

COSA È ASSICURATO

Art. 32 - Invalidità permanente da infortunio

L'INDENNIZZO per il caso di INVALIDITÀ PERMANENTE è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza dell'ASSICURAZIONE, entro 2 (due) anni dal giorno dell'INFORTUNIO.

- a) Se l'INFORTUNIO ha come conseguenza l'INVALIDITÀ PERMANENTE totale, la COMPAGNIA corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'INFORTUNIO ha come conseguenza una INVALIDITÀ PERMANENTE parziale, l'INDENNIZZO viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di INVALIDITÀ PERMANENTE che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	1/3 del valore del dito

Anchilosi:	Destro	Sinistro
- della articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola;	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronò - supinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con pronò - supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa	Destro	Sinistro
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita, anatomica o funzionale di	
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un dito del piede diverso dall'alluce	1%
- falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi	
- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgica	15%

Paralisi completa del nervo	
- sciatico popliteo esterno	15%

Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
---	----

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%

Perdita totale, anatomica o funzionale di	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%

Sordità completa di	
- un orecchio	10%

Sordità completa di	
- ambedue gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%

Perdita anatomica di	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato SINISTRO e viceversa.

- c) Se l'INFORTUNIO ha come conseguenza un'INVALIDITÀ PERMANENTE parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'INVALIDITÀ PERMANENTE non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'ASSICURATO allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 33 - Invalidità permanente in seguito a calamità naturali

Sono indennizzabili gli infortuni derivanti dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto che la COMPAGNIA corrisponderà un **importo massimo pari al 50% dell'INDENNIZZO dovuto a termini di POLIZZA e con il limite di € 250.000,00 (duecentocinquantamila)** per ogni persona assicurata. Relativamente a detta estensione, indipendentemente dai criteri di liquidazione operanti in POLIZZA, **l'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE** verrà determinato esclusivamente **in base** alle percentuali di valutazione previste all'Art. 32 - INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO **o, se selezionata**, dalla relativa garanzia aggiuntiva prevista dall'Art. 38 - Adozione tabella INAIL e liquidato con deduzione di una **FRANCHIGIA del 10%**.

La presente garanzia non è valida nel caso di POLIZZA con durata inferiore a 1 (uno) anno.

Art. 34 - Rottura sottocutanea dei tendini

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi Esclusi, lettera o), relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del:

- tendine di Achille;
- tendine del muscolo bicipite brachiale o del bicipite femorale;
- tendine della cuffia dei rotatori;

la COMPAGNIA riconosce un grado di INVALIDITÀ PERMANENTE fisso pari all'1% sulla somma assicurata con il massimo di € 3.000,00 (tremila) per SINISTRO, senza applicazione di alcuna FRANCHIGIA.

Art. 35 - Danni estetici

In caso di INFORTUNIO che comporti oltre all'INDENNIZZO a titolo di INVALIDITÀ PERMANENTE anche **conseguenze di carattere estetico al viso**, la COMPAGNIA rimborserà le spese sostenute dall'ASSICURATO a seguito di cure e/o interventi di chirurgia plastica estetica a scopo di ridurre o eliminare i danni estetici al viso.

Tali spese, solo se sostenute entro 2 (due) anni dall'INFORTUNIO, verranno riconosciute fino a un importo **pari al 3% della somma assicurata** per il caso di INVALIDITÀ PERMANENTE, **con il massimo di € 5.000,00 (cinquemila)**.

Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente^[3]

L'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE viene corrisposto in base ai seguenti criteri per ciascun ASSICURATO così come di seguito riportato:

- sulla somma assicurata fino a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado **pari o inferiore al 3%** della totale; se esso supera il 3% della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- sull'eventuale parte di somma assicurata superiore a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado **pari o inferiore al 10%** della totale; se esso supera il 10% della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 27 - Limiti di età, 28 - Persone non assicurabili, 29 - Attività professionali non assicurabili, 30 - Rischi esclusi.



[3]: Es: Ho subito un infortunio a seguito del quale mi è stata riscontrata un'invalidità permanente del 18%, a quanto ammonta il mio indennizzo? Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio € 400.000,00 Invalidità permanente quantificata nella percentuale del 18%. Viene applicata una franchigia pari al 3% sulla somma assicurata fino a € 250.000,00 sulla somma eccedente una franchigia pari al 10% Il risarcimento verrà determinato come segue: Sui primi € 250.000,00 18% - 3% franchigia = 15%, quindi € 250.000,00 x 15% = € 37.500,00 Sugli ulteriori € 150.000,00 18% - 10% franchigia = 8%, cioè € 150.000,00 x 8% = € 12.000,00 Risarcimento totale € 49.500,00

COME PERSONALIZZARE^[4]

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Il contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive di seguito proposte che saranno operanti solo se indicate in polizza e ne sia stato pagato il relativo premio

Art. 37 - Supervalutazione dell'invalidità permanente per determinate categorie professionali (es: Medici, Musicisti, ecc.)

A parziale deroga dell'Art. 32 - Invalidità permanente da infortunio, si conviene che solo sulla somma assicurata fino a € 300.000,00 (trecentomila) alcune percentuali di INVALIDITÀ PERMANENTE vengono modificate come di seguito indicate:

Perdita totale, anatomica o funzionale:	DESTRO	SINISTRO
- del braccio o della mano	100%	100%
- del pollice	60%	50%
- della falange del pollice	40%	35%
- dell'indice	60%	50%
- della falange dell'indice	40%	35%
- del medio	30%	25%
- della falange del medio	20%	15%
- dell'anulare	15%	10%
- del mignolo	15%	10%
- percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%	80%

Perdita totale, anatomica o funzionale:	
- della facoltà visiva di un occhio	50%
- della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%
- della facoltà auditiva di un orecchio	20%

In caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello SINISTRO e viceversa.

Art. 38 - Adozione tabella INAIL

A parziale deroga dell'Art. 32 - INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO, si conviene che le percentuali di INVALIDITÀ PERMANENTE ivi previste, ferme restando tutte le altre disposizioni, vengono sostituite con quelle di cui all'Allegato 1) del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

Art. 39 - Estensione dell'assicurazione ad attività sportive

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera e), l'ASSICURAZIONE è operante per gli infortuni derivanti dalla pratica (gare, prove e allenamenti) delle attività sportive di seguito indicate, per somme pari a quelle assicurate ma con **un massimo di € 200.000,00 (duecentomila)**.

Le attività sportive per cui è estesa l'ASSICURAZIONE sono: calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno,



[4]: È possibile personalizzare la copertura assicurativa? Sì, perché è possibile scegliere una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica oppure è possibile arricchire la copertura acquistando delle ulteriori garanzie. Per questo nasce il capitolo "Come personalizzare" in cui è possibile scegliere tra garanzie aggiuntive che ampliano la copertura assicurativa oppure consentono di modellare alcuni sottolimiti e franchigie/scoperti.

scherma, baseball e canottaggio purché organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o Associazioni a esse equiparabili e purché non siano esercitate professionalmente o comportino remunerazione sia diretta sia indiretta.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, l'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE **è soggetto alla seguente FRANCHIGIA**: non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado **pari o inferiore al 5%** della totale; se esso supera il 5% della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 40 - Immersioni subacquee con uso di autorespiratore

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera d), per somme pari a quelle assicurate ma con **un massimo di € 200.000,00 (duecentomila)**, l'ASSICURAZIONE è operante per gli infortuni derivanti dalle immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che l'ASSICURATO sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, l'INDENNIZZO **è soggetto alla seguente FRANCHIGIA**: non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se esso supera il 10% della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 41 - Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di Monaco comunque accompagnati da guida patentata

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera d), l'ASSICURAZIONE è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), dell'alpinismo con scalata di roccia e accesso a ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco comunque accompagnati da guida patentata.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, l'INDENNIZZO è soggetto alla seguente FRANCHIGIA:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con l'applicazione **di una FRANCHIGIA di 5 (cinque) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) e fino a € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 10 (dieci) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 15 (quindici) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato.

Art. 42 - Speleologia

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera d), l'ASSICURAZIONE è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) della speleologia.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, l'INDENNIZZO è soggetto alla seguente FRANCHIGIA:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con l'applicazione di **una FRANCHIGIA di 5 (cinque) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) e fino a € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 10 (cinque) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;

- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 15 (quindici) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato.

Art. 43 - Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera d), l'ASSICURAZIONE è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) del pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere e salto dal trampolino con sci o idrosci.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'INVALIDITÀ PERMANENTE, l'INDENNIZZO è soggetto alla seguente FRANCHIGIA:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con l'applicazione di **una FRANCHIGIA di 5 punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 10 punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 15 punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato.

Art. 44 - Rugby e football americano

A parziale deroga dell'Art. 30 - Rischi esclusi, lettera d), l'ASSICURAZIONE è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), del rugby e football americano.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, l'INDENNIZZO è soggetto alla seguente FRANCHIGIA:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con l'applicazione di **una FRANCHIGIA di 5 (cinque) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 (duecentocinquantamila) e fino a € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 10 (dieci) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 (cinquecentomila) di somma assicurata l'INDENNIZZO è dovuto con applicazione di **una FRANCHIGIA di 15 (quindici) punti** percentuali sul grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato.

Art. 45 - Rendita vitalizia

Nel caso in cui, a seguito di INFORTUNIO indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, residui all'ASSICURATO una INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO di grado pari o superiore al 60% della totale - valutato in base alle percentuali e alle altre disposizioni previste dalla "Tabella" operante per il caso di INVALIDITÀ PERMANENTE o eventualmente acquistata dal CONTRAENTE, la COMPAGNIA, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione dell'indennità per INVALIDITÀ PERMANENTE, riconosce all'ASSICURATO stesso un'ulteriore somma uguale a quella liquidata ai sensi delle Condizioni di ASSICURAZIONE attraverso la costituzione di una rendita vitalizia immediata rivalutabile.

La costituzione della rendita vitalizia verrà effettuata mediante stipulazione con l'impresa di assicurazione Arca Vita S.p.A. di specifica polizza vita a premio unico, a nome e a favore dell'ASSICURATO stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La prestazione di tale POLIZZA vita consiste nel pagamento di una rendita vitalizia, corrisposta in via posticipata sino al decesso dell'ASSICURATO, in base alla periodicità prescelta, e rivalutata annualmente in

funzione del rendimento della gestione interna separata "Oscar 100%". Nessuna rata di rendita verrà quindi corrisposta successivamente al decesso dell'ASSICURATO.

I coefficienti applicati da Arca Vita S.p.A. per la determinazione della rendita vitalizia e le relative condizioni contrattuali saranno quelli in vigore all'epoca del SINISTRO.

Se al momento dell'INFORTUNIO, l'ASSICURATO avesse un'età inferiore ai 33 (trentatré) anni compiuti, la COMPAGNIA, in sostituzione della rendita, corrisponderà all'ASSICURATO un capitale pari a quello liquidato a termini di POLIZZA.

Il predetto capitale non è soggetto a FRANCHIGIA alcuna.

Art. 46 - Franchigia assoluta del 3% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado **pari o inferiore al 3%**; se invece esso risulterà superiore al 3%, l'INDENNIZZO verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 47 - Franchigia assoluta del 5% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado **pari o inferiore al 5%**; se invece esso risulterà superiore al 5%, l'INDENNIZZO verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 48 - Franchigia assoluta del 10% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado **pari o inferiore al 10%**; se invece esso risulterà superiore al 10%, l'INDENNIZZO verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 49 - Franchigia assoluta del 20% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado **pari o inferiore al 20%**; se invece esso risulterà superiore al 20%, l'INDENNIZZO verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 50 - Franchigia relativa al 3% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado **pari o inferiore al 3%** della totale; se esso supera il 3% della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto integralmente senza l'applicazione di alcuna FRANCHIGIA;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 51 - Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se esso **supera il 3%** della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- se l'INVALIDITÀ PERMANENTE è di grado **pari o superiore al 10%** del totale, si farà luogo all'INDENNIZZO senza l'applicazione della FRANCHIGIA del 3% sull'INVALIDITÀ PERMANENTE;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 52 - Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalidità permanente

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, la liquidazione dell'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO quando l'INVALIDITÀ PERMANENTE sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se esso **supera il 5%** della totale, l'INDENNIZZO verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- se l'INVALIDITÀ PERMANENTE è di grado **pari o superiore al 15%** della totale, si farà luogo all'INDENNIZZO senza l'applicazione di FRANCHIGIA del 5% sull'INVALIDITÀ PERMANENTE;
- qualora l'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'INDENNIZZO sarà pari al 100% della somma assicurata.

Art. 53 - Condizione speciale PLUS

A deroga dell'Art. 36 - Franchigie sull'invalidità permanente, si conviene che l'INDENNIZZO verrà effettuato sulla somma assicurata in base alle percentuali riportate nella seguente tabella, fermo restando che la **somma massima liquidabile per la garanzia Invalidità permanente non può superare € 1.000.000,00 (un milione):**

% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	6	51	94	76	144
2	0	27	7	52	96	77	146
3	0	28	8	53	98	78	148
4	0	29	10	54	100	79	150
5	0	30	12	55	102	80	152
6	0	31	14	56	104	81	154
7	0	32	16	57	106	82	156
8	0	33	18	58	108	83	158
9	0	34	20	59	110	84	160
10	0	35	22	60	112	85	162
11	0	36	24	61	114	86	164
12	0	37	25	62	116	87	166
13	0	38	29	63	118	88	168
14	0	39	33	64	120	89	170
15	0	40	37	65	122	90	172
16	0	41	41	66	124	91	174

% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata
17	0	42	45	67	126	92	178
18	0	43	49	68	128	93	182
19	0	44	55	69	130	94	186
20	0	45	60	70	132	95	190
21	1	46	65	71	134	96	192
22	2	47	70	72	136	97	194
23	3	48	80	73	138	98	196
24	4	49	90	74	140	99	198
25	5	50	92	75	142	100	200

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella B - INVALIDITÀ PERMANENTE da infortunio Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzie base

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invalidità permanente	Franchigia 3%	Parte eccedente il 3% max € 250.000,00
Invalidità permanente	Franchigia 10%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza
Invalidità permanente	Nessuna Franchigia	100% somma assicurata
Calamità naturali	-	Max 50% dell'Indennizzo con limite di € 250.000,00
Rottura sottocutanea dei tendini	-	1% somma assicurata con max € 3.000,00
Danni estetici	-	3% somma assicurata con max € 5.000,00

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo Indennizzo
Supervalutazione dell'Invalidità permanente	-	Modifica percentuali IP fino a € 300.000,00
Estensione assicurazione ad attività sportive	Franchigia 5%	Max € 200.000,00
Immersioni subacquee con uso di autorespiratore	Franchigia 10%	Max € 200.000,00
Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata	Franchigia 5%	Fino a € 250.000,00 di somma assicurata
Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata	Franchigia 10%	Tra € 250.000,00 e € 500.000,00 di somma assicurata
Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata	Franchigia 15%	Oltre € 500.000,00 di somma assicurata
Speleologia	Franchigia 5%	Fino a € 250.000,00 di somma assicurata
Speleologia	Franchigia 10%	Tra € 250.000,00 e € 500.000,00 di somma assicurata
Speleologia	Franchigia 15%	Oltre € 500.000,00 di somma assicurata
Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci	Franchigia 5%	Fino a € 250.000,00 di somma assicurata
Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue	Franchigia 10%	Tra € 250.000,00 e € 500.000,00 di

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo Indennizzo
varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci		somma assicurata
Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci	Franchigia 15%	Oltre € 500.000,00 di somma assicurata
Rugby e football americano	Franchigia 5%	Fino a € 250.000,00 di somma assicurata
Rugby e football americano	Franchigia 10%	Tra € 250.000,00 e € 500.000,00 di somma assicurata
Rugby e football americano	Franchigia 15%	Oltre € 500.000,00 di somma assicurata
Rendita vitalizia	Età min 34 anni	-
Invalità permanente	Franchigia 3%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza
Invalità permanente	Franchigia 5%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza
Invalità permanente	Franchigia 10%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza
Invalità permanente	Franchigia 20%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza
Invalità permanente	Franchigia relativa 3%	Indennizzo corrisposto integralmente
Invalità permanente	Franchigia 3% assorbibile al 10%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza per la parte eccedente il 3% e senza l'applicazione del 3% se IP >=10%
Invalità permanente	Franchigia 5% assorbibile al 15%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza per la parte eccedente il 5% e senza l'applicazione del 5% se IP >=15%
Condizione speciale plus	Come da tabella	Calcolato sulla somma assicurata con max € 1.000.000,00

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 54 - Morte

In caso di:

- INFORTUNIO che abbia come conseguenza diretta la morte dell'ASSICURATO e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza della POLIZZA, non oltre 2 (due) anni dal giorno dell'INFORTUNIO;
- scomparsa dell'ASSICURATO purché siano comunque trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli articoli 60 e 62 Codice Civile;

la COMPAGNIA liquida ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'ASSICURATO, in parti uguali, la somma indicata in POLIZZA per il caso morte da INFORTUNIO. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'INDENNIZZO e in seguito l'ASSICURATO ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la COMPAGNIA ha diritto alla restituzione della somma pagata e relative spese e l'ASSICURATO stesso, a restituzione avvenuta, potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili.

L'INDENNIZZO per il caso morte non è cumulabile con quello per INVALIDITÀ PERMANENTE (si veda successivo Art. 108 - Cumulo di indennizzi).

Art. 55 - Commorienza del coniuge

Qualora, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso INFORTUNIO che ha causato il decesso dell'ASSICURATO, sia **deceduto anche il coniuge (non ASSICURATO)** e tra i beneficiari della POLIZZA siano compresi figli che alla data del SINISTRO erano a carico (minorenni o anche maggiorenni se portatori di invalidità di grado pari o superiore al 60%), la COMPAGNIA liquida un ulteriore INDENNIZZO pari al 100% della somma loro spettante per il caso di morte ma con un **limite massimo assoluto di € 200.000,00 (duecentomila)**.

La presente norma non trova applicazione quando la morte contemporanea si sia verificata per effetto di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e incidenti aerei.

Art. 56 - Morte a causa di rapina o sequestro

In caso di morte a causa di rapina, tentata rapina o tentativo di sequestro, il capitale ASSICURATO in caso di morte sarà maggiorato del 20%.

Art. 57 - Morte a seguito di calamità naturali

È indennizzabile la morte sopraggiunta a seguito delle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto, per la presente estensione di garanzia, che la COMPAGNIA corrisponderà un **importo massimo pari al 50%** dell'INDENNIZZO dovuto a termini di POLIZZA e **con il limite di € 250.000,00 (duecentocinquantamila)** per ogni persona assicurata.

La presente garanzia non è valida nel caso di POLIZZA con durata inferiore a 1 (uno) anno.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 27 - Limiti di età, 28 - Persone non assicurabili, 29 - Attività professionali non assicurabili, 30 - Rischi esclusi.

COME PERSONALIZZARE^[5]



[5]: Ti stiamo rimandando agli articoli della sezione 2.1 – Invalidità Permanente da Infortunio perché se hai deciso di acquistare alcune garanzie aggiuntive queste valgono anche in caso di Morte da Infortunio se hai deciso di acquistare la relativa garanzia.

Qualora selezionate una o più delle garanzie a completamento della sezione 2.1 - Invalidità Permanente da Infortunio, le stesse si intendono operanti automaticamente per la presente sezione 2.2 - Morte da Infortunio. Si rimanda dunque agli Artt. 40 - Immersioni subacquee con uso di autorespiratore, 41 - Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata, 42 - Speleologia, 43 - Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci, 44 - Rugby e football americano della Sezione 2.1 - Invalidità permanente da infortunio per ulteriori dettagli.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella C - Morte da infortunio

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi:

Garanzie base

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Morte	-	Somma indicata in polizza
Commorienza del coniuge	-	€ 200.000,00 se presenti figli minori o con handicap
Morte a causa di rapina o sequestro	-	Maggiorazione del 20%
Morte in seguito a calamità naturali	Carenza pari a 1 anno	50% dell'indennizzo, max € 250.000,00

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Immersioni subacquee con uso di autorespiratore	-	Indennizzo max € 200.000,00
Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata	-	Somma indicata in polizza
Speleologia	-	Somma indicata in polizza
Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci	-	Somma indicata in polizza
Rugby e football americano	-	Somma indicata in polizza

2.3

Inabilità temporanea da infortunio

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 58 - Indennità giornaliera da inabilità temporanea

Qualora l'INFORTUNIO abbia per conseguenza l'INABILITÀ TEMPORANEA dell'ASSICURATO ad attendere alle proprie occupazioni professionali principali e secondarie dichiarate, la COMPAGNIA liquida la diaria giornaliera assicurata in POLIZZA:

- integralmente per ogni giorno in cui l'ASSICURATO si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'ASSICURATO ha potuto attendere solo in parte alle proprie occupazioni.

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni per ogni SINISTRO.

Nel caso di **ernie addominali da sforzo** operabili viene corrisposto un INDENNIZZO per un periodo **massimo di 20 (venti) giorni** come dall'Art. 24 - Eventi garantiti, lettera q).

Art. 59 - Franchigia sull'inabilità temporanea

L'INDENNIZZO per INABILITÀ TEMPORANEA viene corrisposto a partire **dall'8° (ottavo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

Art. 60 - Maggiorazione dell'inabilità temporanea

A decorrere dal 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello in cui inizia la prestazione, l'INDENNIZZO per l'INABILITÀ TEMPORANEA parziale e totale è aumentato del 50%.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 27 - Limiti di età, 28 - Persone non assicurabili, 29 - Attività professionali non assicurabili, 30 - Rischi esclusi.

COME PERSONALIZZARE

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Il contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive di seguito proposte che saranno operanti solo se indicate in polizza e ne sia stato pagato il relativo premio

Art. 61 - Franchigia assoluta 10 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'Art. 59 - FRANCHIGIA sull'INABILITÀ TEMPORANEA, si conviene che l'INDENNIZZO viene corrisposto a partire **dal 10° (decimo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

Art. 62 - Franchigia assoluta 15 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'Art. 59 - FRANCHIGIA sull'INABILITÀ TEMPORANEA, si conviene che l'INDENNIZZO viene corrisposto a partire **dal 15° (quindicesimo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

Art. 63 - Franchigia assoluta 20 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'Art. 59 - FRANCHIGIA sull'INABILITÀ TEMPORANEA, si conviene che l'INDENNIZZO viene corrisposto a partire **dal 20° (ventesimo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

Art. 64 - Franchigia assoluta 25 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'Art. 59 - FRANCHIGIA sull'INABILITÀ TEMPORANEA, si conviene che l'INDENNIZZO viene corrisposto a partire **dal 25° (venticinquesimo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

Art. 65 - Franchigia assoluta 30 giorni sull'Inabilità temporanea

A deroga dell'Art. 59 - FRANCHIGIA sull'INABILITÀ TEMPORANEA, si conviene che l'INDENNIZZO viene corrisposto a partire **dal 30° (trentesimo) giorno** successivo a quello dell'INFORTUNIO.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 66 - Estensione territoriale

Qualora l'INABILITÀ TEMPORANEA si verifichi al di fuori degli Stati europei o di quelli Africani e Asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, l'INDENNIZZO viene liquidato limitatamente al periodo di RICOVERO: tale limitazione cessa dalle ore 24:00 del giorno di rientro nei suddetti Stati.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella D - Inabilità temporanea da infortunio

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi:

Garanzie base

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Inabilità temporanea da infortunio	8 giorni	Massimo 365 giorni per infortunio Somma assicurata indicata in polizza al 100% se c'è totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni Somma assicurata indicata in polizza al 50% se parzialmente si riesce ad attendere alle proprie occupazioni
Ernie addominali da sforzo	8 giorni	Massimo per 20 giorni
Maggiorazione dell'Inabilità temporanea	Dal 60° giorno	Aumento del 50%

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo Indennizzo
Inabilità temporanea da infortunio	10 giorni	Somma assicurata
Inabilità temporanea da infortunio	15 giorni	Somma assicurata
Inabilità temporanea da infortunio	20 giorni	Somma assicurata
Inabilità temporanea da infortunio	25 giorni	Somma assicurata
Inabilità temporanea da infortunio	30 giorni	Somma assicurata

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 67 - Diaria da ricovero da infortunio

La COMPAGNIA corrisponde in caso di RICOVERO da INFORTUNIO dell'ASSICURATO in ISTITUTO DI CURA un'indennità giornaliera per ciascun giorno di RICOVERO. **La durata massima è di 300 (trecento) giorni per annualità assicurativa.**

In caso di RICOVERO "importante", la diaria viene raddoppiata.

Per RICOVERO "importante" si intende quello durante il quale vengano effettuati:

- interventi per asportazione di organi;
- trapianti;
- artro-protesi delle grandi articolazioni.

Art. 68 - Day-Hospital

In caso di DAY-HOSPITAL per un periodo non inferiore a 3 (tre) giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 50% dell'indennità prevista in POLIZZA per il RICOVERO purché risulti che il DAY-HOSPITAL è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzioni.

Art. 69 - Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di RICOVERO di durata **superiore a 3 (tre) giorni**, seguito da CONVALESCENZA domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'ASSICURATO e corredata da certificato medico, la COMPAGNIA **corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del RICOVERO e per un numero massimo di 30 (trenta) giorni per evento.**

La COMPAGNIA provvede al pagamento di quanto dovuto all'ASSICURATO su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'ASSICURATO. Il pagamento avviene al termine della CONVALESCENZA prevista.

La COMPAGNIA provvede al pagamento di quanto dovuto all'ASSICURATO su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'ASSICURATO. Il pagamento avviene al termine della CONVALESCENZA prevista.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 27 - Limiti di età, 28 - Persone non assicurabili, 29 - Attività professionali non assicurabili, 30 - Rischi esclusi.

COME PERSONALIZZARE

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Il contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive di seguito proposte che saranno operanti solo se indicate in polizza e ne sia stato pagato il relativo premio

Art. 70 - Diaria da gessatura

Se l'INFORTUNIO comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (**escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili**), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la COMPAGNIA corrisponde all'ASSICURATO un'indennità pari a quella prevista per la diaria da RICOVERO fino alla rimozione della GESSATURA e **comunque per un periodo massimo di 50 (cinquanta) giorni.**

Viene riconosciuta la diaria per GESSATURA, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola

purché radiologicamente accertate. **Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali. Per la frattura completa della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in POLIZZA per una durata forfettaria di 20 (venti) giorni, per le altre fratture riportate nel presente capoverso la durata forfettaria è pari a 50 (cinquanta) giorni.**

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- bendaggi amidati;
- doccie/valve gessate;
- bendaggio desault;
- minerve (anche in cuoio) **solo se c'è frattura o lussazione vertebrale**;
- apparecchio di trazione cranica (tipo halo);
- trazione/immobilizzazione dita (tipo iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (tensoplast, ecc.);
- ortesi in genere (app. di posizione, es.: plantari);
- cuscino di appoggio per abduzione;
- immobilizzatore articolato del gomito;
- collari Schantz, Camp, simili;
- ginocchiere Donjoy;
- stecche di Zimmer.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella E - Diaria da infortunio

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi:

Garanzie base

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Diaria da ricovero per infortunio	-	Max 300 giorni per infortunio
Ricovero per:- interventi per asportazione organi- trapianti- artro-protesi delle grande articolazioni	-	Diaria raddoppiata
Day-Hospital	3 giorni	50% somma assicurata
Diaria da convalescenza post ricovero	3 giorni	Max 30 giorni per evento e per la metà dei giorni del ricovero

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Diaria da gessatura per infortunio	-	Max 50 giorni

2.5

Rimborso spese sanitarie da infortunio

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 71 - Rimborso spese di cura

In caso di INFORTUNIO indennizzabile, la COMPAGNIA garantisce, fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di **spese che non risultano a carico del S.S.N.**, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) se c'è stato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti al RICOVERO o alla data dell'INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il RICOVERO;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del RICOVERO o alla data di INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale. Per queste spese il rimborso viene riconosciuto fino al massimo **del 30% della somma assicurata**;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono. Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisionomica successivi all'INFORTUNIO.

b) se non c'è stato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale:

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**), effettuati nei giorni successivi all'INFORTUNIO. Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo **SCOPERTO pari al 10%** della spesa documentata e con **il minimo di € 50,00 (cinquanta)** per ogni SINISTRO relativo a ciascun ASSICURATO. Il rimborso non potrà comunque superare **il 30% della somma assicurata**; vengono comunque escluse le spese osteopatiche e omeopatiche.

c) in caso di cure e protesi dentarie da INFORTUNIO:

- cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'INFORTUNIO.

Tali spese vengono rimborsate con il **limite del 30%** della somma assicurata.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 27 - Limiti di età, 28 - Persone non assicurabili, 29 - Attività professionali non assicurabili, 30 - Rischi esclusi.

COME PERSONALIZZARE^[6]

Qualora selezionate una o più delle garanzie a completamento della sezione 2.1 - Invalidità permanente da



[6]: Ti stiamo rimandando agli articoli della sezione 2.1 - Invalidità Permanente da Infortunio perché se hai deciso di acquistare alcune garanzie aggiuntive queste valgono anche in caso di Morte da Infortunio se hai deciso di acquistare la relativa garanzia.

infortunio, le stesse si intendono operanti automaticamente per la presente sezione 2.5 - Rimborso Spese Sanitarie da infortunio. 41 - Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata, 42 - Speleologia, 43 - Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci, 44 - Rugby e football americano della Sezione 2.1 - Invalidità permanente da infortunio per ulteriori dettagli.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella F - Rimborsio spese sanitarie da infortunio Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzie base

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
In caso di ricovero o intervento chirurgico	-	Accertamenti diagnostici nei 90 giorni precedenti
In caso di ricovero o intervento chirurgico per spese relative a esami, trattamenti fisioterapici, ecc	-	30% della somma assicurata
In caso di NON ricovero o intervento chirurgico	Scoperto 10% con minimo di € 50,00	30% della somma assicurata
Cure o protesi dentarie da infortunio	-	30% della somma assicurata

Garanzie aggiuntive operanti solo se richiamate in polizza

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata	-	Somma assicurata
Speleologia	-	Somma assicurata
Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci	-	Somma assicurata
Rugby e football americano	-	Somma assicurata

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO**Art. 72 - Oggetto della garanzia^[7]**

La COMPAGNIA corrisponde un INDENNIZZO in caso di MALATTIA dell'ASSICURATO che ha per conseguenza un'INVALIDITÀ PERMANENTE.

Art. 73 - Invalidità permanente da malattia

La determinazione dell'INDENNIZZO, calcolato sulla somma assicurata per INVALIDITÀ PERMANENTE totale in proporzione al grado d'invalidità individuato secondo quanto previsto dall'Art. 116 - Modalità di valutazione per il calcolo dell'indennizzo per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA, è effettuata in base alle seguenti modalità:

- nessun INDENNIZZO spetta all'ASSICURATO quando il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE per MALATTIA è di grado **inferiore al 25%** dell'invalidità totale;
- se l'INVALIDITÀ PERMANENTE è in grado superiore o uguale al 25% la COMPAGNIA liquida un INDENNIZZO calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA sottostante:

Grado invalidità permanente accertata	Indennizzo	Grado invalidità permanente accertata	Indennizzo
1 - 24	0	-	-
25	3	46	42
26	4	47	44
27	6	48	46
28	8	49	48
29	10	50	50
30	12	51	53
31	14	52	56
32	16	53	59
33	18	54	62
34	20	55	65
35	22	56	68
36	24	57	71
37	26	58	74
38	28	59	77
39	29	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86

 [7]: Ricorda che per questa garanzia è previsto un adeguamento del premio in funzione dell'età come previsto dall'Art. 9 - Adeguamento del premio per la garanzia invalidità permanente da malattia che trovi nelle norme che regolano il contratto in generale.

Grado invalidità permanente accertata	Indennizzo	Grado invalidità permanente accertata	Indennizzo
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	66-100	100

Art. 74 - Accertamento dell'invalidità permanente da malattia

La prima visita di accertamento dell'INVALIDITÀ PERMANENTE deve essere effettuata in un periodo compreso tra i 6 (sei) e i 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia della MALATTIA.

Art. 75 - Decesso anteriore al pagamento

Se l'ASSICURATO decede prima che l'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE per MALATTIA sia pagato, la COMPAGNIA liquida agli eredi l'importo determinabile sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 76 - Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° (sessantacinquesimo) anno d'età.

Resta inteso che qualora l'ASSICURATO **compia il 65° (sessantacinquesimo) anno di età** durante il periodo di validità del contratto, l'ASSICURAZIONE cessa alla scadenza annua di POLIZZA successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno d'età.

Art. 77 - Persone non assicurabili

Premesso che la COMPAGNIA, qualora al momento della stipulazione della POLIZZA fosse stata a conoscenza che l'ASSICURATO era **affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV** non avrebbe acconsentito a prestare l'ASSICURAZIONE, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, **l'ASSICURAZIONE stessa cessa** contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'ASSICURATO, a norma dell'articolo 1898 del Codice Civile, senza obbligo per la COMPAGNIA di corrispondere l'INDENNIZZO.

In caso di cessazione dell'ASSICURAZIONE in corso, la COMPAGNIA rimborsa al CONTRAENTE, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione stessa, la parte di PREMIO, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di ASSICURAZIONE per il quale è stato corrisposto il PREMIO stesso.

Art. 78 - Attività professionali non assicurabili:

Non sono assicurabili le seguenti attività professionali:

- agenti di Pubblica Sicurezza e militari nelle varie armi, vigili del fuoco, guardie carcerarie;
- acrobati, stuntman, addetti allo zoo o zoosafari, fantini e addestratori di cavalli, girovaghi, giostrai e in genere tutte le mansioni da circo;
- collaudatori di veicoli, corridori di automobilismo, motociclismo, motonautica;
- istruttori o allenatori di volo con ultraleggeri, deltaplani, paracadutismo, parapendio e simili o coloro che svolgono professionalmente una o più tra le seguenti attività: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard;
- personale addetto a disinfezione, disinfestazione, derattizzazione, spurgo di pozzi neri;
- personale non medico in case di cura per malattie mentali;
- personale viaggiante navigazione aerea e marittima;

- portavalori;
- sommozzatori, palombari, pescatori, speleologi, lavori in sotterraneo, miniere, gallerie;
- sportivi e atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali e che praticano lo sport a livello professionale o che comunque comporti remunerazione sia diretta, sia indiretta;
- tutte le attività che comportino normalmente detenzione, uso, manipolazione, trasporto di esplosivi e/o presenza in ambienti ove viene fatto uso di esplosivi.

Art. 79 - Rischi esclusi^[8]

L'ASSICURAZIONE non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'ASSICURAZIONE nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- 1) malattie mentali, disturbi psichici, comportamenti nevrotici, sindromi organico cerebrali, schizofrenie, forme maniaco depressive, stati paranoidei;
- 2) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 3) malattie tropicali;
- 4) intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 5) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 6) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- 7) di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave;
- 8) assicurati che abbiano subito accertamenti diagnostici, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più delle seguenti malattie: epilessia o sindromi epilettoidi, vasculopatia cerebrale, malattie del sistema nervoso centrale o periferico, disturbi psichici rilevanti, asma o enfisema polmonare, infarto, coronaropatie, valvulopatie, angina pectoris, ipertensione arteriosa, steatosi epatica o cirrosi, epatite virale, ulcera gastrica, colite ulcerosa, morbo di Crohn, nefriti o nevrosi, diabete e sue complicazioni, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, malattie del connettivo, artrite reumatoide, immunodeficienza acquisita (HIV), neoplasie in genere e relative recidive nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge del 7 dicembre 2023, n. 193 (c.d. "Oblio Oncologico") ed eventuali successive modificazioni.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 80 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

 [8]: Ricorda, inoltre, che per questa garanzia sono previsti 90 giorni di carenza come abbiamo specificato all'Art. 15 - Termini di carenza che trovi nelle norme che regolano il contratto in generale. Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 (c.d. "Oblio Oncologico") ed eventuali successive modificazioni, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva. Qualora fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Tabella G -Invalidità permanente da malattia Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invalidità permanente da malattia	Fino al 25%	Nessun Indennizzo
Invalidità permanente da malattia	Dal 26%	Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alla tabella sull'Invalidità permanente da malattia

COSA È ASSICURATO**Art. 81 - Oggetto della garanzia - Assistenza**

Le garanzie sono prestate da Arca Assicurazioni che si avvale, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione, della CENTRALE OPERATIVA di UNIPOLASSISTANCE S.c.r.l. (di seguito nominata per semplicità UNIPOLASSISTANCE).

All'ASSICURATO potranno essere offerte le prestazioni di seguito elencate **fino a 3 (tre) volte per annualità assicurativa**, fermo restando che l'importo globale degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali complessivi previsti.

Parte A - Prevenzione e diagnosi**Art. 82 - Consulenza medica**

Qualora l'ASSICURATO necessitasse di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della CENTRALE OPERATIVA e chiedere un consulto telefonico.

Art. 83 - Consulenza cardiologia

Qualora l'ASSICURATO in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici cardiologi della CENTRALE OPERATIVA.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Art. 84 - Consulenza ginecologica

Qualora l'ASSICURATO in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO non riesca a reperire il proprio ginecologo e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della CENTRALE OPERATIVA.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 85 - Consulenza pediatria

Qualora l'ASSICURATO in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO del proprio bambino non riuscisse a reperire il proprio pediatra e necessitasse di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della CENTRALE OPERATIVA.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 86 - Consulenza geriatria

Qualora l'ASSICURATO in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici geriatri della CENTRALE OPERATIVA.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Art. 87 - Consulenza neurologica

Qualora l'ASSICURATO, in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO necessitasse di un collegamento telefonico urgente e non riuscisse a reperire il proprio neurologo, verrà fornita consulenza neurologica tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dal medico neurologo della CENTRALE OPERATIVA con l'ASSICURATO.

L'ASSICURATO deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 88 - Consulenza ortopedica

Qualora l'ASSICURATO, in caso di MALATTIA e/o INFORTUNIO necessitasse di un collegamento telefonico urgente e non riuscisse a reperire il proprio ortopedico, verrà fornita consulenza ortopedica, tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici ortopedici della CENTRALE OPERATIVA e l'ASSICURATO o il medico che lo ha in cura sul posto.

L'ASSICURATO deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 89 - Guida alla struttura sanitaria

La prestazione è fornita dalle 9:00 alle 18:00 dal lunedì al venerdì **esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

Qualora l'ASSICURATO necessitasse di informazioni telefoniche riguardanti l'assistenza sanitaria in Italia e nel mondo, la CENTRALE OPERATIVA fornirà all'ASSICURATO le seguenti informazioni:

- composizione e modalità operative della Struttura Sanitaria Nazionale;
- diritti delle varie categorie assistite (liberi professionisti, dipendenti privati e pubblici, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e competenza territoriale, uffici competenti per l'espletamento di pratiche e la richiesta di documenti;
- assistenza sanitaria all'estero: trattati di reciprocità con Paesi della UE ed extra UE.

Parte B - Cura e post cura

Art. 90 - Invio di un medico o di una autoambulanza a domicilio in Italia

La prestazione è fornita dalle ore 20:00 alle ore 8:00 da Lunedì a Venerdì, e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Qualora, a seguito di MALATTIA e/o INFORTUNIO, emergesse la necessità che l'ASSICURATO, debba sottoporsi a una visita medica, la CENTRALE OPERATIVA provvederà, con spese a carico di UNIPOLASSISTANCE, a inviare presso il domicilio dell'ASSICURATO in Italia uno dei medici convenzionati con UNIPOLASSISTANCE. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la CENTRALE OPERATIVA organizzerà il trasferimento dell'ASSICURATO in autoambulanza in un centro di pronto soccorso.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

Art. 91 - Invio di un'autoambulanza a domicilio in Italia

Qualora l'ASSICURATO, in seguito a MALATTIA e/o INFORTUNIO, necessitasse di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino, la CENTRALE OPERATIVA organizzerà il trasferimento dell'ASSICURATO stesso in autoambulanza.

La garanzia è operante esclusivamente nel caso di parere condiviso dal medico accorso al domicilio dell'ASSICURATO che ritenga indispensabile l'uso dell'autoambulanza (ma non come primo soccorso per cui dovrà essere sempre attivato il 118).

UNIPOLASSISTANCE terrà a proprio carico i costi **fino alla concorrenza massima di € 350,00 (trecentocinquanta) per anno** con il limite di **€ 150,00 (centocinquanta) per SINISTRO.**

Art. 92 - Invio di un infermiere a domicilio in Italia

Qualora l'ASSICURATO nella settimana successiva al rientro da un RICOVERO in ospedale a seguito di MALATTIA e/o INFORTUNIO avesse bisogno di essere assistito da un infermiere, la CENTRALE OPERATIVA invierà un infermiere presso il domicilio dell'ASSICURATO in Italia.

UNIPOLASSISTANCE procurerà direttamente all'ASSICURATO un infermiere a tariffa controllata € 50,00 (cinquanta) al giorno fino a 3 (tre) giorni consecutivi.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 93 - Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio, in Italia

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base,

derivanti da INFORTUNIO e/o MALATTIA IMPROVVISA, necessiti di cure fisioterapiche a domicilio nel periodo di CONVALESCENZA, contatterà la CENTRALE OPERATIVA riferendo le necessità, il nome e il recapito telefonico del proprio medico curante; la CENTRALE OPERATIVA procurerà direttamente all'ASSICURATO un fisioterapista.

UNIPOLASSISTANCE terrà a proprio carico l'onorario del fisioterapista **fino a un massimo di € 750,00 (settecentocinquanta) per ASSICURATO e per annualità assicurativa.**

Parte C - Accesso network salute

Art. 94 - Ricerca e prenotazione centri ospedalieri

La prestazione è fornita dalle ore 9:00 alle ore 18:00, dal lunedì al venerdì **esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

Qualora l'ASSICURATO, debba sottoporsi a un RICOVERO per un intervento o una terapia, potrà telefonare alla CENTRALE OPERATIVA, comunicando il motivo della sua richiesta e specificando il luogo in cui si trova e il recapito telefonico, che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, provvederà a individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un Centro Ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia, Europa e Nord America.

Art. 95 - Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO e/o MALATTIA IMPROVVISA, risultasse affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive venisse ritenuta dai medici della CENTRALE OPERATIVA non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'ASSICURATO, e i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'ASSICURATO, d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell'ASSICURATO in un Centro Ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la CENTRALE OPERATIVA provvederà:

- a individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'ASSICURATO;
- a organizzare il trasporto dell'ASSICURATO in autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla CENTRALE OPERATIVA, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della CENTRALE OPERATIVA la ritenessero necessaria. UNIPOLASSISTANCE terrà a proprio carico i relativi costi. La prestazione verrà fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata e:

- dal giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da INFORTUNIO;
- dal 120° (centoventesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da MALATTIA IMPROVVISA.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Art. 96 - Rientro dal centro ospedaliero in Italia

Qualora l'ASSICURATO, successivamente alla prestazione di cui all'Art. 95 - Trasferimento in un Centro Ospedaliero in Italia, venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la CENTRALE OPERATIVA provvederà a organizzare il rientro dell'ASSICURATO con il mezzo che i medici della CENTRALE OPERATIVA d'intesa con i medici curanti riterranno più idoneo alle condizioni di salute dell'ASSICURATO:

- il treno prima classe e occorrendo il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla CENTRALE OPERATIVA, inclusa l'eventuale assistenza medica o infermieristica durante il viaggio ritenuta necessaria dai medici della CENTRALE OPERATIVA.

Art. 97 - Consegna esiti a domicilio

La prestazione è fornita dalle 9:00 alle 18:00 dal lunedì al venerdì **esclusi i giorni festivi infrasettimanali**. Qualora l'ASSICURATO, a seguito di MALATTIA IMPROVVISA e/o INFORTUNIO certificato dal proprio medico curante, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la CENTRALE OPERATIVA provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'ASSICURATO o al medico da lui indicato.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Il costo degli accertamenti è a carico dell'ASSICURATO.

Art. 98 - Consegna medicinali urgenti a domicilio

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di prescrizione medica, abbia bisogno di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la CENTRALE OPERATIVA, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'ASSICURATO, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'ASSICURATO.

L'ASSICURATO deve comunicare alla CENTRALE OPERATIVA il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

Art. 99 - Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche in Italia

La Prestazione è fornita dalle ore 9:00 alle ore 18:00, dal lunedì al venerdì **esclusi i giorni festivi infrasettimanali**.

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di MALATTIA IMPROVVISA e/o INFORTUNIO, dovesse sottoporsi a una visita specialistica e/o a un accertamento diagnostico e/o ad analisi ematochimiche, potrà telefonare alla CENTRALE OPERATIVA che, sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica e/o l'accertamento diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche, in accordo con l'ASSICURATO.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 100 - Rischi esclusi

Tutte le prestazioni/garanzie non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b) alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo dell'ASSICURATO o colpa grave;
- e) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- f) tentato suicidio o suicidio;
- g) sports aerei in genere, guida e uso di deltaplani e altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii e assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove e allenamenti);
- h) malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio;
- i) malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della POLIZZA;
- j) espanto e/o trapianto di organi.

Le prestazioni/garanzie non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Per la garanzia di cui all'Art. 95 - Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia in aggiunta ai rischi esclusi di cui sopra, **sono escluse dalla prestazione**:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza;
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera.

La prestazione non opera nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.



Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella H - Assistenza

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Parte A - Prevenzione e diagnosi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Tutte le garanzie	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa

Parte B - Cura e post cura

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invio di un medico o di una ambulanza a domicilio in Italia	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Invio di un' ambulanza a domicilio in Italia	-	Massimo € 350,00 per anno e € 150,00 per sinistro
Invio di un infermiere a domicilio in Italia	Tariffa controllata a carico del cliente € 50,00 al giorno	Max 3 giorni consecutivi
Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio, in Italia	-	Massimo € 750,00 per anno

Parte C - Accesso network salute

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Ricerca e prenotazione centri ospedalieri	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia	Dal giorno di decorrenza per infortunio Dal 120° giorno di decorrenza per malattia improvvisa	-
Rientro dal centro ospedaliero in Italia	Treno in prima classe e occorrendo vagone letto Autambulanza	Se necessaria a seguito di "Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia"
Consegna esiti a domicilio	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Consegna medicinali urgenti a domicilio	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche in Italia	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa

Art. 101 - Denuncia del sinistro

L'ASSICURATO/CONTRAENTE, o se impossibilitato a farlo i suoi familiari, deve ai sensi dell'articolo 1913 del Codice Civile dare avviso immediatamente del SINISTRO tramite il numero verde 800.484343 facendo poi seguito entro 3 (tre) giorni da quello in cui il SINISTRO si è verificato o l'ASSICURATO ne ha avuto conoscenza con la denuncia scritta su apposito modulo.

Art. 102 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

La denuncia di SINISTRO deve essere completa oltre che esatta e deve essere corredata da idonea certificazione medica; ove presente, cartella clinica completa di tutte le pagine in copia conforme all'originale comprensiva di scheda di dimissione ospedaliera e, deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

In caso di SINISTRO, l'ASSICURATO/CONTRAENTE o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati dalla COMPAGNIA e alle indagini, valutazioni, accertamenti necessari per la determinazione dell'INDENNIZZO.

Art. 103 - Inadempimento degli obblighi

L'inadempimento in tutto o in parte degli obblighi di cui sopra può comportare in caso di dolo la **perdita del diritto all'indennità** o, diversamente, una **riduzione della stessa** ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 104 - Limite di indennizzo

La COMPAGNIA è tenuta al pagamento dell'INDENNIZZO nei limiti della somma assicurata pattuita tra le parti al momento della conclusione del contratto e indicata specificatamente nel contratto, salvo quanto previsto dall'articolo 1914 del Codice Civile.

Art. 105 - Pagamento dell'indennizzo

La COMPAGNIA, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'INDENNIZZO dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

La COMPAGNIA si impegna al pagamento dell'INDENNIZZO entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Tutti gli indennizzi, compresi quelli dovuti per rimborso di spese sostenute all'estero dall'ASSICURATO, verranno eseguiti in Italia in Euro.

Art. 106 - Valutazione del danno - Arbitrato tecnico

L'INDENNIZZO è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli della presente sezione. Le eventuali **controversie di natura medica** sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere **demandate per iscritto**, se una parte lo richiede e l'altra vi acconsente, **a due medici, nominati uno per parte**, che si riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'ASSICURATO, sede di Istituto di medicina legale. Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, **costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico** dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'ASSICURATO, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con

dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dal collegio medico nel verbale definitivo.

Art. 107 - Mediazione

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto, per le controversie in materia di contratti assicurativi, che l'esperimento del procedimento di mediazione sia condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Nel caso in cui il CONTRAENTE o l'ASSICURATO intendano esperire il procedimento di mediazione, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di Arca Assicurazioni S.p.A., Servizio Sinistri, Via del Fante 21, 37122 Verona, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazione civile@arcavita.it ovvero a mezzo fax al n° 045.8192371.

Art. 108 - Anticipo sull'indennizzo

In caso di INFORTUNIO indennizzabile a termini di POLIZZA, la COMPAGNIA, a titolo di acconto, su richiesta del CONTRAENTE o dell'ASSICURATO, anticipa l'INDENNIZZO maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:

- a) INABILITÀ TEMPORANEA totale ininterrotta di almeno 45 (quarantacinque) giorni;
- b) indennità giornaliera per RICOVERO, CONVALESCENZA e immobilizzazione gessata di almeno 30 (trenta) giorni;
- c) rimborso spese di cura.

L'anticipo di cui sopra verrà erogato solo qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività delle garanzie, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla richiesta e una sola volta per SINISTRO.

Art. 109 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per indennità giornaliera da INABILITÀ TEMPORANEA, rimborso spese di cura, indennità giornaliera in caso di RICOVERO, indennità giornaliera in caso di CONVALESCENZA, indennità giornaliera in caso di GESSATURA, sono cumulabili con l'INDENNIZZO per morte o per INVALIDITÀ PERMANENTE.

Nel caso in cui, dopo il pagamento di un INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE, ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'INFORTUNIO e in conseguenza di questo l'ASSICURATO muoia, la COMPAGNIA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'INDENNIZZO precedentemente pagato e quello ASSICURATO per il caso di morte, ove questo sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'ASSICURATO muore, per cause indipendenti dalle lesioni subite, prima che l'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE sia stato pagato, la COMPAGNIA corrisponde agli eredi legittimi l'importo, già concordato o determinato, sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO non avesse effettuato la visita medico legale prima del decesso, il diritto all'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE a favore degli eredi è valutato sulla base della documentazione medica prodotta dagli eredi medesimi, qualora dalla stessa risulti comprovata la stabilizzazione dei postumi in data anteriore al decesso.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2 - GARANZIE INFORTUNI

2.1 - Invalidità permanente da infortunio

Art. 110 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia invalidità permanente da infortunio

Per la prestazione INVALIDITÀ PERMANENTE la liquidazione viene effettuata secondo le modalità e i criteri previsti rispettivamente negli Artt. 32 - **Invalidità permanente da infortunio** e 36 - **Franchigie sull'invalidità permanente** e relative garanzie aggiuntive qualora acquistate.

Art. 111 - Anticipo sul pagamento per invalidità permanente

L'ASSICURATO, trascorsi 120 (centoventi) giorni dalla data di presentazione della denuncia di SINISTRO, può richiedere alla COMPAGNIA il pagamento di un acconto sino al massimo del 40% del presumibile INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla COMPAGNIA in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%.

Il pagamento sarà effettuato entro 60 (sessanta) giorni dalla richiesta di anticipo, salvo il diritto della COMPAGNIA alla restituzione qualora emergano successivamente fatti dolosi dell'ASSICURATO.

Resta in ogni caso inteso che l'anticipo corrisposto sarà dedotto da quanto dovuto, al netto delle franchigie, in sede di liquidazione definitiva del SINISTRO.

2.2 - Morte da infortunio

Art. 112 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia morte da infortunio

Per le prestazioni morte e morte contemporanea del coniuge la liquidazione viene effettuata secondo le modalità e i criteri previsti rispettivamente negli Artt. 54 - Morte e 55 - Commorienza del coniuge.

2.3 - Inabilità temporanea da infortunio

Art. 113 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia inabilità temporanea da infortunio

Per la prestazione indennità giornaliera da INABILITÀ TEMPORANEA, il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino a completa guarigione. Ai fini della liquidazione dell'indennità, viene considerata data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la COMPAGNIA possa stabilire una data anteriore.

2.4 - Diaria da infortunio

Art. 114 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia diaria da infortunio

Per le prestazioni indennità giornaliera in caso di RICOVERO, indennità giornaliera in caso di CONVALESCENZA e indennità giornaliera in caso di GESSATURA, deve essere presentata alla COMPAGNIA la seguente documentazione:

- per il RICOVERO: documento attestante l'avvenuto RICOVERO e copia della cartella clinica;
- per la CONVALESCENZA a domicilio: certificato medico ove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'ASSICURATO durante il RICOVERO;
- per la GESSATURA: certificato dell'Istituto di cura o medico specializzato che vi ha provveduto e certificato rilasciato al momento della rimozione della GESSATURA stessa.

La liquidazione viene effettuata a RICOVERO ultimato, al termine della CONVALESCENZA prescritta o dopo la rimozione della GESSATURA.

La COMPAGNIA provvede al pagamento di quanto dovuto all'ASSICURATO entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della dimissione dal RICOVERO su presentazione del documento attestante l'avvenuto RICOVERO e la copia della cartella clinica.

2.5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio

Art. 115 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia rimborso spese sanitarie da infortunio

Per la prestazione rimborso spese sanitarie, la liquidazione viene effettuata a cura ultimata, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in ISTITUTO DI CURA. La documentazione in originale delle spese sostenute, trasmessa alla COMPAGNIA, viene restituita contestualmente alla liquidazione. Qualora l'ASSICURATO debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, Arca Assicurazioni effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'ASSICURATO o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal

rimborso dovuto dalla COMPAGNIA verrà detratto da quanto già riconosciutogli.

Il rimborso viene effettuato dalla COMPAGNIA a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi in originale (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'ISTITUTO DI CURA nel quale ha avuto luogo il RICOVERO e simili) e documenti attestanti l'INFORTUNIO stesso. La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla COMPAGNIA entro il 30° (trentesimo) giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 3 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 116 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia invalidità permanente da malattia

Per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA, la denuncia della MALATTIA deve avvenire entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la MALATTIA stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

La COMPAGNIA corrisponde l'INDENNIZZO a guarigione clinica avvenuta per le sole conseguenze dirette causate dalla MALATTIA denunciata. **Se la MALATTIA colpisce una persona già affetta da altre patologie non verrà pertanto indennizzato l'aggravamento dello stato di salute causato dalle patologie preesistenti.**

Le invalidità permanenti da MALATTIA già accertate durante la vigenza di questa POLIZZA non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza con nuove invalidità da MALATTIA insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo.

In caso di MALATTIA neoplastica la valutazione dei postumi viene effettuata entro 1 (uno) anno dalla prima diagnosi indipendentemente dalla guarigione clinica.

Se a giudizio del medico dell'ASSICURATO e del consulente medico della COMPAGNIA un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della MALATTIA e l'ASSICURATO non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'INVALIDITÀ PERMANENTE viene calcolata come se l'ASSICURATO si fosse sottoposto al trattamento.

Art. 117 - Modalità di valutazione per il calcolo dell'indennizzo per la garanzia invalidità permanente da malattia

Il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE viene accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124, **con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa.**

Nei casi non previsti nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124, la percentuale di invalidità viene comunque accertata in base ai valori e ai criteri indicati in tabella, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'ASSICURATO.

Art. 118 - Decesso anteriore al pagamento

Se l'ASSICURATO decede prima che l'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA sia pagato, la COMPAGNIA liquida agli eredi l'importo determinabile sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 4 - ASSISTENZA

Art. 119 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di SINISTRO, l'ASSICURATO deve prendere immediatamente contatto con la CENTRALE OPERATIVA, salvo il caso di comprovata impossibilità; in tal caso l'ASSICURATO deve contattare la CENTRALE OPERATIVA appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale. L'inadempimento di tale obbligo comporta la **decadenza del diritto** alla prestazione.

In caso di richiesta rimborso, i criteri per la valutazione sono:

- Preventiva autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA UNIPOLASSISTANCE;
- Intervento su disposizione delle autorità;
- Chiamata senza risposta.

La COMPAGNIA, verificata l'operatività della garanzia e l'indennizzabilità del danno, a fronte della ricezione di tutta la documentazione attestante le spese sostenute dal cliente, si impegna a provvedere al rimborso entro 60 (sessanta) giorni dall'invio alla Struttura Organizzativa del modulo dell'esito firmato.

Art. 120 - Modalità per richiedere la prestazione

La CENTRALE OPERATIVA è a disposizione dell'ASSICURATO, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Per ottenere l'Assistenza, l'ASSICURATO deve contattare sempre e preventivamente la CENTRALE OPERATIVA, utilizzando una delle seguenti modalità:



- per telefono al numero verde:
- per telefono al numero:

+ 39 011 - 6523202
UnipolAssistance S.c.r.l.
C.so Massimo D'Azeglio 14,
10125 - Torin**o**

La COMPAGNIA ha la facoltà di cambiare la Struttura Organizzativa, dandone tempestivo avviso al CONTRAENTE e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Allegato 1 - Tabelle delle attività professionali

L'Assicurazione è prestata in base all'esplicita dichiarazione dell'assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza al "Codice Attività" indicato nel contratto.

Qualora oltre all'attività principale l'assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, anche se non è prevalente, occorre darne atto e si applicherà il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio.

Attività di classe A	Cod.
Agente di assicurazione/ credito/cambio/ borsa/commercio/immobiliare	50101
Albergatore senza prestazioni manuali	50007
Amministratore di beni propri e altrui	50102
Antiquario, senza restauro	50016
Architetto senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50103
Assistente di volo (escluso Rischio volo professionale)	50166
Avvocato o procuratore legale	50104
Bambini in età prescolare	50252
Barbiere - parrucchiere da uomo	50305
Benestante senza particolari occupazioni	50806
Bidello	50031
Biologo	50107
Clero che svolge solo attività di culto	50809
Commercialista - consulente aziendale senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50111
Commerciante occupato solo in ufficio	50142
Dirigente senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50413
Disegnatore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50114
Editore	50227
Farmacista	50415
Fisico	50182
Fotografo solo in studio	50416
Geologo occupato solo in ufficio	50075
Geometra senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50117
Gestore cinema, teatro	50185
Giornalaio	50418

Attività di classe A	Cod.
Impiegato/quadro senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50652
Imprenditore senza lavoro manuale e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50520
Ingegnere senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50121
Insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale, direttore didattico	50622
Interprete	50193
Magistrato	50624
Medico	50126
Modellista in carta	50246
Musicista	50206
Negozi di alimentari, latterie, pasticcerie e gelaterie (senza produzione propria)	50130
Negozi di articoli da regalo, profumerie, tabaccherie	50110
Negozi di articoli foto/ottica, dischi, strumenti musicali, informatica, telefonia	50113
Negozi di articoli in pelle, calzature	50124
Negozi di cartoleria, librerie	50128
Negozi di confezioni, mercerie, pellicce, tessuti	50122
Negozi di giocattoli, articoli sportivi	50125
Notaio	50127
Odontoiatra	50328
Operatore/addetto ai centri elaborazione dati, programmatore	50207
Parrucchiere da donna	50330
Studente	50833
Super-ipermercati addetto alle vendite e alla cassa	50241
Tirocinante presso le asl	50229
Vetrinista	50134

Attività di classe B	Cod.
Agronomo	50162
Albergatore con prestazioni manuali	50008
Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini	50237
Architetto con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50138
Assistente sociale	50165
Autista di autovetture ad uso privato, taxi, noleggio conducente, autoambulanze, autotunebri	50839
Autorimesse: esercente che non lavora manualmente	50023
Barista	50029
Cameriere	50036
Casalinga	50808
Commerciante (escluso bestiame) con accesso a magazzini (escluso lavoro manuale)	50239
Concessionario auto, motoveicoli	50050
Consulente aziendale con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50258
Copisterie (proprietario/addetto)	50164
Corniciaio	50343
Decoratore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50259
Dirigente con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50644
Disegnatore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50057
Distributore di carburante (gestore/addetto senza lavori di lavaggio e/o manutenzione)	50548
Domestico - collaboratore familiare	50610
Enologo ed enotecnico	50064
Estetista, callista, pedicure, manicure	50345
Fotografo anche all'esterno	50074
Geometra con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50147
Giornalista (cronista, corrispondente)	50650
Guida turistica	50188
Impiegato/quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50619
Imprenditore senza lavoro manuale ma con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50233
Indossatrice, indossatore, fotomodella	50192

Attività di classe B	Cod.
Infermiere diplomato	50157
Ingegnere con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50154
Insegnante di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, nuoto, ballo	50106
Insegnante di materie sperimentali (laboratorio o pratica professionale)	50109
Istruttore di scuola guida - pratica e teoria	50123
Lavanderie (proprietario/addetto)	50230
Massaggiatore/fisioterapista	50115
Negozi di casalinghi, ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli, armerie	50099
Negozi di elettrodomestici radio-tv, articoli igienici sanitari (esclusa installazione)	50135
Negozi di frutta e verdura, fiori e piante	50132
Negozi di oreficeria, gioiellerie	50095
Orafo, orologiaio	50248
Ostetrica	50129
Ottico (fabbricante e riparatore)	50268
Pensionato	50231
Portalettere	50232
Portiere di stabili	50211
Rappresentante (senza consegna merce)	50048
Sarto	50332
Vetraio (che attende alle vendite)	50274

Attività di classe C	Cod.
Agricoltore che non prende parte ai lavori manuali	50235
Ambulante	50083
Analista chimico	50014
Armaiolo	50275
Arrotino	50250
Ausiliario socio sanitario	50168
Autotrasportatore/autista di autocarri/motocarri fino a 35 q.li a pieno carico	50021
Autorimesse: esercente/addetto con lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio	50024
Cave a giorno (proprietario/addetto senza lavoro manuale e senza uso di mine)	50668
Ceramista	50254
Chimico	50174
Commerciante che prende parte al lavoro di magazzino	50240
Cuoco	50052
Custode di stabilimenti, cantieri e simili	50181
Distributore di carburante (gestore/addetto con lavori di lavaggio e/o manutenzione)	50059
Elettricista addetto alla bassa tensione	50369
Elettrotecnico, radiotecnico (senza installazione di antenne)	50180
Fornaio	50260
Geologo	50146
Giardiniere, vivaista, floricoltore	50249
Guardiacaccia, guardiapesca, guardia campestre	50651
Idraulico solo all'interno di edifici ed a terra	50371
Imbianchino (di interni)	50372
Installatore di articoli igienico-sanitari, elettrodomestici, mobili	50136
Macchinista ferrovie/tramvie	50197
Magazziniere	50112
Mediatore in genere	50118
Odontotecnico	50143
Ombrellaio	50267
Ortopedico (fabbricante di apparecchi)	50144
Panetterie, pasticcerie, gelaterie compresa produzione propria	50098
Pellettiere, pellicciaio (laboratorio)	50210
Perito agrario/industriale	50209
Pulitore (di interni)	50269
Rammendatrice, ricamatrice, filatrice, magliaia	50244

Attività di classe C	Cod.
Rappresentante (con consegna merce)	50442
Restauratore di mobili	50358
Riparatore elettrodomestici (esclusa installazione di antenne), macchine per ufficio, computer	50359
Ristoranti, trattorie, pizzerie (esercenti/addetti con lavoro manuale)	50238
Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie	50139
Spedizioniere anche presso magazzini e scali	50224
Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)	50270
Super-ipermercati addetto al magazzino, reparti di macelleria, salumeria, pescheria	50177
Tappezziere	50360
Tipografo, litografo	50375
Toelettatura per animali	50222
Veterinario	50161
Vigile urbano	50662

Attività di classe D	Cod.
Abbattitore di piante (boscaiolo)	50276
Agricoltore che lavora manualmente e/o con uso di macchine	50277
Allevatore di equini, bovini, suini	50263
Antennista (installatore di antenne radio-tv)	50364
Ascensori e montacarichi (tecnici / operai)	50273
Autotrasportatore/autista di autocarri di peso superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus	50878
Bronzista/brunitore/cromatore/ nichelatore/ottonaio/ramiere	50279
Calzolaio	50366
Carpentiere in legno o ferro	50379
Carrozziere di veicoli	50365
Cave a giorno (proprietario/addetto con lavoro manuale ma senza uso di mine)	50680
Decoratore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50178
Ebanista	50226
Elettrauto	50061
Elettricista addetto all'alta tensione	50063
Fabbro	50381
Facchino di merci in genere	50382
Falegname	50383
Gommista	50187
Guardia notturna, giurata	50670
Idraulico e lattoniere anche su impalcature e ponti	50108
Imbianchino (di esterni)	50089
Insegnante di equitazione	50100
Lavoratore forestale	50195
Lucidatore di marmi, scalpellino, mattonaio	50282
Macellatore	50198
Marmista	50374
Meccanico (montatore/riparatore)	50116
Mobiliere: fabbricazione mobili in genere	50120
Modellista in ferro e legno	50284
Mosaicista	50286
Muratore	50384
Operatore ecologico	50205
Restauratore in genere, escluso mobili	50149
Saldatore	50214

Attività di classe D	Cod.
Tornitore	50221
Vetraio (che attende all'applicazione di vetri)	50386

Norme di legge richiamate in polizza

Codice Civile

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

1) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

2) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50 [726 c.p.c.].

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso [49 e ss. c.c.].

Art. 1341 - Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1888 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Modalità di apertura sinistri

Da contattare per istruzioni o informazioni relative alla denuncia di sinistro e alla richiesta di indennizzo.

Modalità di contatto:



- telefono: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00.

- indirizzo PEC: arcaassicurazioni@pec.unipol.it

- indirizzo email: sinistri@arcavita.it

- fax "Servizio Sinistri Rami Elementari": 045.8192397

In ogni caso comunicare con precisione:

- cognome e nome;
- numero del contratto;
- recapito telefonico dove il servizio sinistri potrà richiamare

Modalità per la richiesta di Assistenza

Per la denuncia del sinistro e per usufruire delle prestazioni sarà necessario contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 su 24, come qui di seguito indicato:



- per telefono al numero verde:

- per telefono al numero:

+ 39 011 - 6523202

**UnipolAssistance S.c.r.l.
C.so Massimo D'Azeglio 14,
10125 - Torino**

In ogni caso comunichi innanzitutto con precisione:

- Il tipo di assistenza di cui necessita
- Nome e Cognome
- Indirizzo del luogo in cui si trova
- Il suo recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

Modulo di denuncia

Polizza Protezione 24

DA INVIARE

- via E-mail a: sinistri@arcavita.it;
- oppure via PEC a: arcasinistri@pec.unipol.it
- oppure tramite Raccomandata all'indirizzo indicato nel modulo
- oppure tramite Fax a: 0458192397

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

N° Sinistro Aperto		N° CONTRATTO/TARGA	
DATI DEL CONTRAENTE:		CF/PI	
DATI DELL'ASSICURATO /DANNEGGIATO			
Nominativo		CF/PI	
Residente in Via		Cap.	Comune (Prov.)
Tel./Cel.		E-mail	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO			
Data e ora e Luogo del sinistro:			
Causa e descrizione dettagliata dell'evento:			
Elenco e Descrizione danni:			
Bene visibile presso:			
Dati danneggiato/i Terzo (cognome, nome, cod fiscale, indirizzo)			
Autorità intervenute:			
Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la compagnia):			
DATI BANCARI			
Coordinate bancarie IBAN:			
Banca:			
Intestatario:			
LUOGO E DATA:		FIRMA: 	
		*Si richiede inoltre documento di identità di colui che firma	

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 del Regolamento Europeo n. 679/2016, acconsento:

- al trattamento dei dati particolari che mi riguardano;
- alla comunicazione a terzi indicati 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 Compagnia l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e la liquidazione dello stesso.

Luogo e data: _____

Firma contraente*:  _____

Firma assicurato danneggiato (se diverso da contraente)*:  _____

*Si richiede inoltre documento di identità di colui che firma

Protezione 24

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 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 saremo 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 assicuratrici, 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 distributtrici 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.