


Arca SoluzioneStrada

Assicurazione infortuni locomozione

In allegato i seguenti documenti:

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

Arca Assicurazioni S.p.A.

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

www.arcassicura.it

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

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Arca SoluzioneStrada

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 l'assicurato ed il suo nucleo familiare (fino a un massimo di 5 persone) dagli infortuni occorsi mentre si trova a bordo di veicoli, sia in qualità di conducente che di trasportato. Il prodotto copre inoltre gli assicurati in anche in qualità di pedoni, a seguito di investimento provocato da qualsiasi veicolo, o durante la pratica del nuoto, a seguito di investimento provocato da qualsiasi imbarcazione o natante. Inoltre, è prevista una garanzia Assistenza a supporto dell'assicurato in caso di bisogno.



Che cosa è assicurato?

✓ Infortuni:

- Morte per infortunio: assicura in caso di decesso da infortunio o morte presunta.
- Invalidità permanente da infortunio: che garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente da infortunio, sia parziale che totale, a seguito di infortunio.

- ✓ Assistenza: offre prestazioni di immediato aiuto e consulenze mediche in caso di infortunio.

Garanzie supplementari

✓ Infortuni:

- Rimborso spese di cura da infortunio
- Diaria da ricovero per infortunio

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



Che cosa NON è assicurato?

- X Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 75esimo anno di 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:

- ! Infortuni: Morte per infortunio e Invalidità permanente da infortunio: gli infortuni derivanti da azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore.



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

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



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.

Nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto tramite una piattaforma online tale comunicazione può essere inviata anche digitalmente utilizzando la medesima piattaforma. In tutti questi casi hai diritto al rimborso del premio corrisposto al netto delle imposte.

Assicurazione Infortuni Locomozione

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

ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: Arca SoluzioneStrada

18 Giugno 2026 - ultima edizione disponibile

Scopo

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

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

Società

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

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

Al contratto si applica la Legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

A integrazione di quanto riportato nel DIP Danni

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sono previsti sconti in base al numero di assicurati: 2 assicurati - 5%; 3 assicurati - 10%; 4 assicurati - 15%; 5 assicurati - 20%

Sconto del 10% nel caso in cui il contraente sia contraente anche di una polizza RC Auto con Arca

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Per tutte le garanzie di prodotto sono previste 3 opzioni con somme somme assicurate crescenti



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:

INFORTUNI - sono esclusi i danni da: stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o sostanze allucinogene; operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche; uso del windsurf e delle tavole in genere; uso dei mezzi aerei e subacquei, giostre e mezzi nei parchi di divertimento, sciovie o skilift; conseguenze di guerre, alluvioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche; manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace; le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo. **ASSISTENZA** - 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, 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 in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. **Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia** - 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

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti o Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo

Franchigie - INFORTUNI Parte B - Invalidità permanente da infortunio: Franchigia sulla invalidità permanente, 3%

Scoperti - INFORTUNI Parte C - rimborso spese di cura da infortunio: Rimborso spese di cura da infortunio, 20% minimo € 100,00 massimo € 300,00.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Arca Soluzione Strada è dedicato al contraente persona fisica e persona giuridica che intende assicurare una persona fisica e/o i componenti del proprio nucleo familiare in relazione a morte da infortunio e invalidità permanente da infortunio e assistenza per infortuni subiti durante la locomozione



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 21,82% 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	Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da 3 medici secondo le modalità meglio esplicitate nelle Condizioni di Assicurazione Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Il contratto è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquote d'imposta: Infortuni 12,5%. Assistenza 10%. Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto e non sono rimborsabili per alcun motivo. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, danno diritto alla detrazione dall'imposta dovuta dal Contraente ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla normativa tempo per tempo vigente
---	--

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.

Arca SoluzioneStrada

Assicurazione Infortuni Locomozione

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Documento redatto in conformità alle Linee guida del

Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

Pensa sempre alla tua sicurezza, soprattutto quando sei in movimento!

Arca Soluzione Strada è la soluzione assicurativa contro gli infortuni che protegge tutto il nucleo familiare 24 ore su 24, a bordo di un mezzo privato o pubblico, come pedone o alla guida di un mezzo di micro mobilità, ad esempio un monopattino elettrico.

- Il prodotto offre, per le conseguenze più gravi, una somma assicurata fino a € 150.000
- La copertura può essere arricchita con le garanzie rimborso spese di cura da infortunio e diaria da ricovero per infortunio.
- È la soluzione ideale se vuoi assicurarti una copertura in caso di infortunio come conducente di un'auto.

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



**My
ARCA**

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	6
2 Infortuni	9
3 Assistenza	13
4 Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	17
Norme di legge richiamate in polizza	20
Modalità per la richiesta di Assistenza	23
Modulo di denuncia	24

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.

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.

INDENNIZZO: somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

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

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.

NUCLEO FAMILIARE: il capofamiglia, il coniuge non legalmente separato, i soggetti che hanno la residenza con l'Assicurato.

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.

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

TABELLA INAIL: allegato 1 del D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124.

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:

- Morte da INFORTUNIO;
- INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO;
- Assistenza.

Il CONTRAENTE può personalizzare le coperture scegliendo di acquistare le seguenti garanzie:

- Diaria da RICOVERO per INFORTUNIO;
- Rimborso spese di cura da INFORTUNIO.

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 data di effetto della POLIZZA tramite lettera raccomandata, PEC alla COMPAGNIA o, nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto tramite una piattaforma online, digitalmente attraverso la medesima piattaforma. La COMPAGNIA una volta ricevuta la comunicazione di recesso provvederà a restituire il PREMIO pagato al netto delle imposte. L'efficace esercizio del Diritto di recesso libera la COMPAGNIA e il CONTRAENTE da qualsiasi obbligo derivante dal contratto a partire dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione di recesso alla COMPAGNIA. **Il recesso non sarà possibile nel caso in cui venga richiesta la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate.**

Art. 4 - 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. 5 - 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. 6 - 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. 7 - Disdetta del contratto

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. Il CONTRAENTE ha facoltà di optare anche per la formula senza tacito rinnovo, in questo caso la copertura cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

Art. 8 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente^[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 versamento del PREMIO può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il CONTRAENTE, al momento della stipula del contratto, **autorizza la banca**, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il PREMIO alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla COMPAGNIA almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale del contratto. Il CONTRAENTE è tenuto a concordare con la COMPAGNIA la nuova forma di pagamento del PREMIO.

Art. 9 - Frazionamento del premio

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

Il PREMIO può essere frazionato semestralmente o mensilmente senza alcun onere.

Qualora il CONTRAENTE decida di **optare per il frazionamento mensile del PREMIO, deve comunicarlo all'atto di sottoscrizione della POLIZZA**. Il titolo di emissione avrà una durata compresa tra 30 (trenta) e 60 (sessanta) giorni, quindi l'importo della prima rata dipenderà dalla data di emissione della POLIZZA. A partire poi dal terzo mese il CONTRAENTE comincerà a pagare l'importo mensilizzato; pertanto, il primo anno verranno addebitate sul conto corrente del CONTRAENTE 11 (undici) rate così suddivise: 1 (una) rata alla sottoscrizione + 10 (dieci) rate successive. Per le annualità successive saranno addebitate 12 (dodici) mensilità a partire dal mese di rinnovo.

Art. 10 - Oneri fiscali


Gli oneri fiscali relativi all'ASSICURAZIONE sono a carico del CONTRAENTE secondo quanto previsto dalla normativa vigente.


CHE OBBLIGHI HO

Art. 11 - 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

 [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.

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

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. 12 - Diminuzione del rischio

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. 13 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 14 - 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. 15 - 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. 16 - Foro competente

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

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 - 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.

Art. 19 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso la COMPAGNIA restituisce al CONTRAENTE la parte di PREMIO versata relativa al periodo di garanzia al netto delle imposte.

COSA È ASSICURATO

Art. 20 - Oggetto dell'assicurazione

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- Parte A - Morte da infortunio;
- Parte B - Invalidità permanente da infortunio;
- Parte C - Rimborso spese di cura da infortunio;
- Parte D - Diaria da ricovero per infortunio

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

Art. 21 - Operatività delle garanzie

La COMPAGNIA corrisponde un INDENNIZZO nel caso in cui l'ASSICURATO e/o i componenti del suo NUCLEO FAMILIARE indicati in POLIZZA, subiscano un INFORTUNIO:

a) quando, in qualità di conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, si trovino alla guida esclusivamente dei seguenti veicoli:

- autovetture adibite a uso privato;
- autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e di cose, autoveicoli per uso speciale o per trasporti specifici, autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 3,5 tonnellate;
- motocicli;
- motoscafi e imbarcazioni a uso privato o adibito alla navigazione da diporto;
- ciclomotori e biciclette (comprese quelle con pedalata assistita);
- monopattini senza motore;
- hoverboard, segway, monopattini e monowheel, tali veicolo dovranno essere dotati di segnalatore acustico e con un motore elettrico avente potenza nominale massima non superiore a 500watt.

Si precisa che l'utilizzo di tali mezzi di micromobilità è subordinato al rispetto delle norme di legge relative alla conformità del mezzo e alle regole di utilizzo dello stesso da parte del conducente;

b) in qualità di trasportati, quando il trasporto venga effettuato in conformità alle disposizioni in vigore, a bordo di:

- autovetture adibite a uso privato;
- autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e di cose, autoveicoli per uso speciale o per trasporti specifici, autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 3,5 tonnellate;
- motocicli;
- ciclomotori e biciclette (comprese quelle a pedalata assistita);
- motoscafi e imbarcazioni a uso privato o adibiti alla navigazione da diporto;
- mezzi pubblici.

c) quali pedoni, a seguito di investimento provocato da qualsiasi veicolo, o durante la pratica del nuoto, a seguito di investimento provocato da qualsiasi imbarcazione o natante.

Sono compresi in garanzia anche la folgorazione e l'annegamento sempreché rientranti nei casi sopra menzionati per i quali vale l'ASSICURAZIONE.

Sono, altresì, compresi gli infortuni derivanti da colpa grave dell'ASSICURATO, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'ASSICURATO non vi abbia preso parte attiva (in deroga, rispettivamente all'articolo 1900 e, parzialmente, all'articolo 1912 del Codice Civile).

Art. 22 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del Codice Civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se e in

quanto l'ASSICURATO risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Parte A - Morte da infortunio

Art. 23 - Morte

La COMPAGNIA corrisponde in caso di decesso dell'ASSICURATO per INFORTUNIO la somma assicurata, indicata nel contratto, ai beneficiari o in difetto di designazione agli eredi legittimi o testamentari in parti uguali.

Art. 24 - Morte presunta

Se la salma dell'ASSICURATO non viene ritrovata, a seguito di evento indennizzabile ai sensi di POLIZZA la COMPAGNIA liquida il capitale garantito dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo il pagamento dell'INDENNIZZO, risulta che l'ASSICURATO è vivo o che l'INFORTUNIO non è indennizzabile, la COMPAGNIA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 25 - Cumulo dell'indennità

L'INDENNIZZO per il caso di morte non è cumulabile con quello per INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO; tuttavia se, dopo il pagamento dell'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE e in conseguenza dell'INFORTUNIO, l'ASSICURATO muore, la COMPAGNIA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'INDENNIZZO pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Parte B - Invalidità permanente da infortunio

Art. 26 - Invalidità permanente da infortunio

La COMPAGNIA corrisponde un INDENNIZZO in caso di INVALIDITÀ PERMANENTE dell'ASSICURATO, la cui somma assicurata è indicata nel contratto, per INFORTUNIO totale o parziale.

Art. 27 - Franchigia sulla invalidità permanente^[3]

Le prestazioni per l'INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO sono soggette all'applicazione della **FRANCHIGIA fissa e assoluta del 3%**. In caso di INVALIDITÀ PERMANENTE pari o superiore al 60% l'INDENNIZZO viene corrisposto al 100%.

Art. 28 - Cumulo indennità

Se dopo il pagamento dell'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE e in conseguenza di questo, l'ASSICURATO muore, la COMPAGNIA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'INDENNIZZO pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 29 - Decesso indipendente dall'infortunio

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.



[3]: Es: Ho subito un infortunio a seguito del quale mi è stata riscontrata un'invalidità permanente del 10%, a quanto ammonta il mio indennizzo? Somma assicurata Invalidità Permanente: € 100.000,00 Invalidità permanente del 10%. Franchigia sulla invalidità permanente del 3% Indennizzo: 10% - 3% franchigia = 7%. Pari ad € 7.000,00 (7% di € 100.000,00)

Parte C - Rimborso spese di cura da infortunio

(operante solo se richiamata in POLIZZA)

Art. 30 - Rimborso spese di cura da infortunio

In caso di INFORTUNIO indennizzabile, la COMPAGNIA assicura **fino alla concorrenza di € 3.000,00 (tremila)** e, per la parte di spese che non risultano a carico del servizio sanitario nazionale, il rimborso delle seguenti spese **effettivamente sostenute:**

a) **In caso di RICOVERO con o senza intervento chirurgico**

Le spese sostenute per:

- il trasporto dell'ASSICURATO dal luogo dell'INFORTUNIO all'ISTITUTO DI CURA, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi ticket;
- onorari dei medici, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto - partecipante all'intervento, nonché i diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi;
- rette di degenza;
- trattamenti riabilitativi.

b) **Relativamente alle prestazioni sanitarie extra RICOVERO**

Le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi ticket;
- onorari dei medici;
- interventi chirurgici ambulatoriali;
- cure mediche;
- trattamenti riabilitativi;
- noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortodontiche.

Per le spese di cui al presente punto b), al rimborso viene applicato uno **scoperto nella misura del 20% con il minimo di € 100,00 (cento) e il massimo di € 300,00 (trecento)** per ogni SINISTRO, che resta a carico dell'ASSICURATO.

Parte D - Diaria da ricovero per infortunio

(operante solo se richiamata in POLIZZA)

Art. 31 - Diaria da ricovero per infortunio

La COMPAGNIA corrisponde, in caso di RICOVERO in ISTITUTO DI CURA o DAY-HOSPITAL per INFORTUNIO, un'indennità giornaliera **pari a € 30,00 (trenta)** per ciascun giorno di degenza.

L'INDENNIZZO verrà effettuato con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun INDENNIZZO qualora la durata del RICOVERO **sia inferiore o uguale a 2 (due) giorni;**
- si farà luogo all'INDENNIZZO totale, per un numero di giorni pari a quello della degenza, qualora la durata del RICOVERO **sia superiore a 2 (due) giorni.**

La durata massima è di 180 (centottanta) giorni per evento e di 300 (trecento) giorni per anno assicurativo.

La diaria prevista al presente articolo è cumulabile con gli indennizzi previsti per INVALIDITÀ PERMANENTE o morte da INFORTUNIO.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 32 - Limiti di età^[4]

La copertura assicurativa:

- è operante a condizione che alla data di effetto della POLIZZA **l'ASSICURATO non abbia compiuto il 75° (settantacinquesimo) anno di età.**

Art. 33 - Rischi esclusi

L'ASSICURAZIONE non comprende gli infortuni causati da:

- a) stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- b) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da INFORTUNIO non indennizzabile ai sensi della POLIZZA;
- c) azioni delittuose compiute o tentate dall'ASSICURATO;
- d) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- e) pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore;
- f) uso del windsurf e delle tavole in genere;
- g) uso dei mezzi aerei e subacquei, giostre e mezzi nei parchi di divertimento, sciovie o skilift;
- h) conseguenze di guerre, alluvioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- i) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace;
- j) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 34 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.



[4]: La mia polizza si è rinnovata il 1° febbraio, compirò 75 anni il prossimo 30 aprile. Sono ancora coperto? Sì, sei coperto fino al 31 gennaio dell'anno successivo. Alla scadenza successiva la polizza non potrà più essere rinnovata.

COSA È ASSICURATO

Art. 35 - 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 anno assicurativo**, fermo restando che l'importo globale degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali complessivi previsti.

Parte A - Prevenzione e diagnosi

Art. 36 - 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. 37 - Consulenza cardiologia

Qualora l'ASSICURATO in caso 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. 38 - Consulenza ginecologica

Qualora l'ASSICURATO in caso 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. 39 - Consulenza pediatrica

Qualora l'ASSICURATO in caso 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. 40 - Consulenza geriatrica

Qualora l'ASSICURATO in caso di 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. 41 - Consulenza neurologica

Qualora l'ASSICURATO, in caso di 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. 42 - Consulenza ortopedica

Qualora l'ASSICURATO, in caso di 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.**

Parte B - Cura e post cura

Art. 43 - Invio di un medico o di una autoambulanza a domicilio in Italia

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

Qualora, a seguito di 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. 44 - Invio di una autoambulanza a domicilio in Italia

Qualora l'ASSICURATO, in seguito a 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 (centocinquanta) per SINISTRO.**

Art. 45 - Invio di un infermiere a domicilio in Italia

Qualora l'ASSICURATO nella settimana successiva al rientro da un RICOVERO in ospedale a seguito di INFORTUNIO avesse bisogno di essere assistito da un infermiere, la CENTRALE OPERATIVA invierà un infermiere presso il domicilio dell'ASSICURATO in Italia. Massimale: la CENTRALE OPERATIVA procurerà direttamente all'ASSICURATO un infermiere a tariffa controllata **€ 50,00 (cinquanta) al giorno fino a 5 (cinque) giorni consecutivi.**

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

Art. 46 - 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 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 anno di durata della copertura.**

Parte C - Accesso network salute

Art. 47 - 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 in seguito ad INFORTUNIO indennizzabile a termine di POLIZZA, 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. 48 - Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO 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.

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

Art. 49 - Rientro dal centro ospedaliero in Italia

Qualora l'ASSICURATO, successivamente alla prestazione di cui all'Art. 48 - 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. 50 - 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 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. 51 - 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. 52 - 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 INFORTUNIO, dovesse sottoporsi a una visita specialistica e/o a un accertamento diagnostico e/o ad analisi ematologiche, 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 ematologiche, in accordo con l'ASSICURATO.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 53 - 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 26^a (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) 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.

Per la garanzia di cui all'Art. 48 - 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.

Art. 54 - 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. 55 - 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. 56 - 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. 57 - 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. 58 - Criteri di indennizzabilità

L'INDENNIZZO corrisposto in caso di INFORTUNIO è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'INFORTUNIO (e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti)

Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del SINISTRO, l'ASSICURAZIONE copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'INFORTUNIO.

Art. 59 - Pagamento dell'indennizzo

La COMPAGNIA, verificata l'operatività della garanzia e l'indennizzabilità del danno, si impegna a provvedere al pagamento dell'INDENNIZZO entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 60 - 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 previsti dall'Art. 58 - 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. 61 - 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.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2 - INFORTUNI

Parte B - Invalidità permanente da infortunio

Art. 62 - Calcolo dell'indennizzo

L'INDENNIZZO è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di INVALIDITÀ PERMANENTE **al netto della FRANCHIGIA** come riportato all'Art. 27 - FRANCHIGIA sull'INVALIDITÀ PERMANENTE, secondo i seguenti criteri:

- se l'INFORTUNIO ha come conseguenza l'INVALIDITÀ PERMANENTE totale, la COMPAGNIA corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'INFORTUNIO ha come conseguenza l'INVALIDITÀ PERMANENTE parziale, l'INDENNIZZO viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di INVALIDITÀ PERMANENTE che deve essere accertato con riferimento alla TABELLA INAIL.

Art. 63 - Criteri specifici di indennizzabilità per la garanzia invalidità permanente da infortunio

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto colpiti da menomazioni preesistenti, le percentuali della TABELLA INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'INFORTUNIO ha come conseguenza un'INVALIDITÀ PERMANENTE parziale non prevista dalla TABELLA INAIL si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'INFORTUNIO determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di INVALIDITÀ PERMANENTE non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'INDENNIZZO è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'ASSICURATO allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 64 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Parte C - Rimborso spese di cura da infortunio

Art. 65 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia rimborso spese di cura da infortunio

Per la garanzia rimborso spese di cura per INFORTUNIO, il rimborso viene effettuato dalla COMPAGNIA a

guarigione clinica ultimata su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'ISTITUTO DI CURA nel quale il RICOVERO ha avuto luogo e simili). La domanda per il rimborso di queste spese con i relativi documenti giustificativi deve essere presentata alla COMPAGNIA, entro 30 (trenta) giorni da quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza. La mancata produzione del suddetto termine può comportare la perdita del diritto al rimborso.

Parte D - Diaria da ricovero per infortunio

Art. 66 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia diaria da ricovero per infortunio

Per la garanzia diaria da RICOVERO, la COMPAGNIA provvede al pagamento di quanto dovuto all'ASSICURATO su presentazione del documento attestante l'avvenuto RICOVERO e la copia della cartella clinica. Il pagamento viene effettuato a RICOVERO ultimato. Per il RICOVERO avvenuto all'estero il rimborso verrà eseguito in Italia.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 3 - ASSISTENZA

Art. 67 - 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.

Art. 68 - 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 - Torino

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.

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;
- 2) 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;
- 3) 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

{.text-align-justify} 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 pronunciata 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. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

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. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

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 Arca SoluzioneStrada

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

Arca SoluzioneStrada

Assicurazione Infortuni Locomozione

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 assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa (8) (si veda anche nota 4).

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

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

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

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

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

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione e banche distributrici ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona.

3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società) per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la conservazione a norma della documentazione di polizza; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di conservazione digitale a norma; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

7) Arca Assicurazioni S.p.A., Arca Sistemi S.c.ar.l., Arca Inlinea S.c.ar.l. e altre società del Gruppo Assicurativo Unipol con capogruppo Unipol Assicurazioni S.p.A cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi. Per ulteriori informazioni si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Assicurazioni S.p.A. www.unipol.com.

8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.