


orizzonte Salute

Assicurazione Sanitaria

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: orizzonte Salute

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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura in caso di infortunio o malattia, che necessiti o meno di ricovero, garantendo le spese delle prestazioni mediche fornite sia in regime di assistenza diretta (presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute) sia in regime di assistenza indiretta (presso strutture sanitarie private o pubbliche del SSN). Sono previste delle coperture per gli stati di non autosufficienza. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 5 persone.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Prestazioni assicurate conseguenti ad infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in istituto di cura: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in Istituto di cura.
- ✓ Prestazioni assicurate conseguenti ad infortunio o malattia in assenza di ricovero: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.

La società, in collaborazione con UniSalute, mette a disposizione dell'assicurato una rete convenzionata di strutture sanitarie in cui usufruire delle prestazioni sanitarie necessarie.

L'assicurato può liberamente scegliere anche di utilizzare una struttura sanitaria non appartenente alla rete convenzionata (strutture private o SSN).

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 70esimo anno di età.
- X Non sono assicurate le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



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:

- ! Non sono assicurati gli accertamenti per l'infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.ù
- ! Non sono assicurate le conseguenze di infortuni o malattia che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipulazione della polizza.
- ! Non sono assicurate le prestazioni mediche con finalità estetiche (chirurgia plastica).



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, devono essere necessariamente esatte e complete. Le eventuali dichiarazioni inesatte e le reticenze potrebbero essere causa di annullamento e/o risoluzione del contratto, e comportare la riduzione o la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.
- Nel caso di prestazioni richieste ad UniSalute utilizzando la Rete Convenzionata, l'assicurato deve preventivamente prenotare la prestazione o il Ricovero presso una struttura della rete convenzionata tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute.
- All'atto della prestazione l'assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.
- Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente a UniSalute la documentazione e deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
- L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.
- Nel corso del contratto, devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- L'assicurato ha l'obbligo di fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno nonché conservarne i residui per il corretto espletamento della perizia.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, la disdetta deve essere inviata alla Compagnia, tramite lettera raccomandata all'indirizzo Arca Assicurazioni, via del Fante, 21 - 37122 Verona alla Compagnia e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Assicurazione Sanitaria

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: orizzonte Salute

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

"Oggetto dell'assicurazione": Sezione 2, Art. 14, pg.6 di 26

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in istituto di cura

"Ricovero e prestazioni collegate": Sezione 3, Art. 17, pg.9 di 26

"Trapianto a seguito di malattia o infortunio": Sezione 3, Art. 18, pg.10 di 26

"Parto cesareo": Sezione 3, Art. 19, pg.10 di 26

"Parto non cesareo e aborto terapeutico": Sezione 3, Art. 20, pg.10 di 26

"Day Hospital a seguito di malattia o infortunio": Sezione 3, Art. 21, pg.10 di 26

"Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio": Sezione 3, Art. 22, pg.11 di 26

"Indennità sostitutiva delle prestazioni durante il ricovero": Sezione 3, Art. 23, pg.11 di 26

"- Interventi chirurgici specifici: assistenza indiretta": Sezione 3, Art. 24, pg.11 di 26

"Trasporto sanitario": Sezione 3, Art. 25, pg.11 di 26

"Rimpatrio della salma": Sezione 2, Art. 26, pg.11 di 26

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero

"Alta Specializzazione": Sezione 4, Art. 28, pg.13 di 26

"Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici: solo in assistenza diretta": Sezione 4, Art. 29, pg.13 di 26

"Trattamenti fisioterapici riabilitativi": Sezione 4, Art. 30, pg.13 di 26

"Protesi ortopediche e acustiche": Sezione 4, Art. 31, pg.14 di 26

"Odontoiatria/ortodonzia": Sezione 4, Art. 32, pg.14 di 26

"Diagnosi comparativa/Second Opinion. Altre informazioni sanitarie. Servizi on line": Sezione 4, Art. 33, pg.15 di 26

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Scontistiche per numero assicurati superiore a 1.



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:

PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA e PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO – non operante per: le conseguenze dirette di infortuni e le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto; le cure

e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, o in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri per lunga degenza; gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate; gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche; le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale. **PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA** Ricovero e prestazioni collegate - Rette di degenza spese voluttuarie - Post ricovero spese di natura alberghiera. Day Hospital a seguito di malattia o infortunio visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital a soli fini diagnostici. **PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO** Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: solo in assistenza diretta visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici; visite psichiatriche successive alla prima. Trattamenti fisioterapici riabilitativi per fini diversi da quelli riabilitativi; se non prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata; se non effettuate da personale medico o paramedico abilitato; prestazioni: di linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Odontoiatria/Ortodonzia spese per protesi per finalità estetiche e per trattamenti derivanti da conseguenza di patologie psichiatriche.

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

Scoperti - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA: Spese sostenute per le prestazioni assicurate (in assistenza indiretta): 20% minimo € 1000,00. **PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO:** Protesi ortopediche e acustiche: 20% minimo € 50,00; Alta specializzazione: 20% minimo € 60,00, in assistenza indiretta. Trattamenti fisioterapici riabilitativi: 20% minimo € 70,00; Odontoiatria/ortodonzia - Accertamenti diagnostici odontoiatrici: 20% minimo € 80,00 in assistenza indiretta, 15% in assistenza diretta; Odontoiatria/ortodonzia - Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia e Cure dentarie: 20% minimo € 100,00 in assistenza indiretta, 15% in assistenza diretta.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto orizzonte SALUTE si rivolge ai contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche (con il limite di cinque), in relazione al rimborso di spese sanitarie da infortunio e da malattia in caso di intervento chirurgico



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 22,00% del Premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a: Arca Assicurazioni S.p.A., Reclami, Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317, reclami@arcassicura.com . I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'intermediario di riferimento. Nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza. Il termine massimo per il riscontro al reclamante è di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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: 2,5%. Malattia: 2,5%. Detrazione fiscale. Applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio Morte e/o Invalidità permanente non inferiore al 5%. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non e' tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo 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.

***orizzonte* Salute**

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Indice:

Glossario

	p. 2
1. Norme comuni	p. 5
2. Oggetto della garanzia e riepilogo garanzie	p. 7
3. Prestazioni assicurate con ricovero	p. 9
4. Prestazioni assicurate in assenza di ricovero	p. 13
5. Delimitazioni dell'assicurazione	p. 17
6. Denuncia di sinistro	p. 19
allegato 1 – Elenco dei grandi interventi chirurgici	p. 23
allegato 2 – Alta specializzazione	p. 25
allegato 3 – Interventi chirurgici specifici	p. 26

Scheda anamnestica odontoiatrica

Modulo denuncia di sinistro: richiesta di rimborso

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

Glossario

Accertamento diagnostico:

prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato:

il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Gli assicurati possono essere:

1. **il contraente e/o i componenti** (in tutto o in parte) **del suo nucleo familiare al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione e** nominativamente indicati in polizza come assicurati.

oppure:

2. **l'imprenditore e/o le persone che con lui collaborano** nell'esercizio della sua attività imprenditoriale e nominativamente indicati in polizza come assicurati.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Contraente:

il soggetto che stipula la polizza e correntista della Banca collocatrice.

Day-hospital:

le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico:

deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia:

la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Grande intervento chirurgico:

qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici relativo agli interventi chirurgici riportati nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato alla polizza.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

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

Intervento chirurgico:

qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale:

prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

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.

Lettera di impegno:

documento con cui l'assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata a cui si rivolge, eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'assicurazione.

Malattia:

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

Malformazione:

deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Nucleo familiare:

il coniuge o il convivente more uxorio e i figli come risultanti dallo stato di famiglia del contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):

documento sottoscritto dall'assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare e che deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):

comunicazione della Società al centro odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Retta di degenza:

trattamento alberghiero (escluse le spese voluttuarie).

Ricovero:

la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche):

documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Scoperto:

la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro:

il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società:

Arca Assicurazioni S.p.A.

Somma assicurata:

l'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste in polizza.

UniSalute S.p.A.:

compagnia specialistica di assicurazione con sede Legale e Direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, di cui la Società si avvale per l'operatività della centrale telefonica e dell'erogazione, delle prestazioni assicurate tramite la rete delle strutture sanitarie con essa convenzionate e per il rimborso delle spese assicurate.

Struttura sanitaria convenzionata:

istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Termini di aspettativa:

periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura sanitaria per la malattia/parto.

1) Norme comuni

Art. 1 - Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento. I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2 - Durata, tacita proroga dell'assicurazione

La polizza ha durata annuale.

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti all'altra a mezzo raccomandata a.r. e/o fax almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

Nel caso in cui il premio di rinnovo sia superiore a quello corrisposto per l'annualità in corso, la Compagnia provvederà a comunicare al contraente il nuovo premio entro sessanta giorni dalla scadenza. In tal caso, il contraente ha facoltà di recedere dal contratto inviando disdetta almeno trenta giorni prima della scadenza mediante comunicazione a mezzo raccomandata ovvero, in caso di addebito permanente del premio in conto corrente, mediante la revoca dell'autorizzazione a tale addebito entro la data di scadenza del contratto.

In ogni caso, la variazione in aumento del premio non potrà comportare un incremento superiore al 20% del premio relativo alla annualità precedente .

Art. 3 - Modifica delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto debbono essere provate per iscritto.

Art. 4 - Premio

Il premio annuo è interamente dovuto, tuttavia può essere previsto il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale senza alcun onere di frazionamento.

Art. 5 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente

Il versamento del premio può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il contraente, in conformità alla normativa vigente in materia di addebiti diretti e con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs n. 11/2010, al momento della stipula del contratto autorizza la banca ad addebitare il conto corrente indicato per il premio alla firma di questo contratto e per i premi successivi.

In caso di estinzione del conto corrente o della revoca dell'autorizzazione di addebito, il contraente dovrà concordare con la società la nuova forma di pagamento del premio.

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato rese al momento della sottoscrizione del contratto, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

Art. 7 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

Art. 8 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti del rischio, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 9 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'assicurato.

Art. 12 - Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

2) Oggetto della garanzia e riepilogo delle prestazioni assicurate

Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante, nel limite delle somme assicurate, per le spese sostenute dall'assicurato per usufruire delle prestazioni garantite rese necessarie da malattia, parto o infortunio, avvenuto durante l'operatività del contratto con o senza ricovero .

Riepilogo delle prestazioni assicurate oggetto del presente contratto, definite negli articoli indicati:

Prestazioni assicurate		
Prestazioni assicurate in caso di ricovero		
Spese assicurate	Come	Quanto: per anno e per assicurato
Ricovero e prestazioni collegate: a) Nel periodo pre-ricovero:100 giorni precedenti il ricovero b) Intervento chirurgico durante il ricovero c) Assistenza medica, medicinali, cure durante il ricovero d) Assistenza infermieristica privata: spesa di € 50 al giorno massimo di 30 giorni per ricovero (*) e) Accompagnatore: spesa di € 50 al giorno massimo 30 giorni per ricovero (*) f) Rette di degenza trattamento alberghiero: spesa di € 250 per giorno di ricovero (*) g) Nel periodo post ricovero:100 giorni successivi alla data di fine ricovero	art. 17	€ 100.000 elevato a € 200.000
Trapianto: spese per il prelievo di organo	art. 18	
Parto cesareo: limite di € 5.000 per assicurato anno (*)	art. 19	
Parto non cesareo e aborto terapeutico: limite € 4.000 per assicurato anno (*)	art 20	
Day Hospital	art. 21	
Intervento chirurgico ambulatoriale	art. 22	
Indennità sostitutiva di spese durante il ricovero: limite € 100 al giorno, massimo di 90 per ricovero; spese pre e post ricovero nel limite di € 2.000 per ricovero (*)	art. 23	
Interventi chirurgici specifici	art. 24	
Trasporto sanitario: limite € 1.000 per assicurato annuo (*)	art. 25	
Rimpatrio della salma: limite € 1500 per assicurato (*)	art. 26	
Prestazioni assicurate in assenza di ricovero		
Spese assicurate	Come	Quanto: per anno e per assicurato
Accertamenti diagnostici e terapie di Alta specializzazione	art. 28 allegato 2	€ 5.000
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici non di Alta specializzazione	art. 29	€ 1.500 solo in assistenza diretta
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	art. 30	€ 350
Protesi ortopediche e acustiche	art. 31	€ 1.000
Odontoiatria/ortodonzia	art. 32	€ 200/600/700
Diagnosi Comparativa/ Second Opinion	art. 33	a carico della Società

Art. 15 - Somma assicurata

La somma assicurata annua complessiva riferita a ciascun assicurato ed a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di ricovero e definite nei seguenti articoli, è pari a € 100.000 elevata a € 200.000 nel caso di Grande Intervento Chirurgico (Allegato 1).

Per le prestazioni in assenza di ricovero, le somme assicurate sono quelle previste dalle singole garanzie.

Art. 16 - Assistenza diretta/Assistenza indiretta: definizione

La garanzia può essere prestata con le seguenti modalità:

- **Assistenza diretta:** prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, con pagamento delle spese assicurate direttamente da parte della Società alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono
- **Assistenza indiretta:** prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) non convenzionate con intervento indiretto da parte della Società cioè con il rimborso all'assicurato delle spese assicurate sostenute (prestazioni, tickets, Indennità sostitutiva), alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono.

La Società nel garantire le prestazioni assicurate nel presente contratto, si avvale dell'intervento operativo della Società specializzata UniSalute S.p.A. con sede Legale e direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, che mette a disposizione dell'assicurato:








- la sua rete di oltre 6000 Strutture Sanitarie convenzionate
- il servizio on line (art. 33.3) via internet www.arcassicura.it entrando nella pagina di *orizzonte* SALUTE dal link "Prodotti", operativo 7 giorni su 7, che consente all'assicurato di:
 1. consultare la rete delle oltre 6000 strutture sanitarie convenzionate
 2. prenotare, visite ed esami
 3. aggiornare i propri dati personali
 4. denunciare un sinistro o verificare lo stato di un sinistro.
- la Centrale Operativa: numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

La Società ha conferito ad UniSalute S.p.A. specifico mandato alla trattazione dei sinistri ed al pagamento delle relative spese; i sinistri dovranno quindi essere ad essa denunciati.

3) Prestazioni assicurate conseguenti ad infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in istituto di cura

Art. 17 - Ricovero e prestazioni collegate

Sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in istituto di cura; la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) **Pre - ricovero:** 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero 
esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che hanno determinato il ricovero.
- b) **Intervento chirurgico:** 
onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) **Assistenza medica, medicinali, cure:** 
prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati solo se durante il ricovero è stato eseguito un intervento chirurgico.
- d) **Assistenza infermieristica privata individuale:** 
assistenza infermieristica privata individuale nel **limite** di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- e) **Accompagnatore:** 
retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera qualora non fosse possibile il pernottamento presso l'istituto di cura; l'assicurazione è prestata come segue:
- ricovero dell'assicurato in struttura non convenzionata la garanzia è prestata nel **limite** di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
 - ricovero dell'assicurato in struttura convenzionata le spese sostenute verranno pagate direttamente dalla Società.
- f) **Rette di degenza:** 
trattamento alberghiero (escluse le spese voluttuarie).
L'assicurazione è prestata come segue:
- ricovero dell'assicurato in struttura non convenzionata (assistenza indiretta) la garanzia è prestata nel **limite** di € 250 al giorno;
 - ricovero dell'assicurato in struttura convenzionata (assistenza diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente dalla Società.
- g) **Post-ricovero:** 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero 
esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime solo se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 18 - Trapianto a seguito di malattia o infortunio



Nel caso di ricovero per trapianto di organi o di parte di essi, oltre alle spese previste all'articolo 17 Ricovero e prestazioni collegate, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-ricovero (100 giorni precedenti l'inizio del ricovero): estesa anche alle spese sostenute per trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto praticati durante tale periodo preparatorio all'intervento di trapianto;
 - necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
 - trasporto sanitario dell'assicurato esteso al trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero del donatore limitatamente a:
- intervento chirurgico;
 - assistenza medica, medicinali, cure;
 - rette di degenza

come definite all'art. 17 Ricovero e prestazioni collegate e all'art. 25 Trasporto sanitario.

Art. 19 - Parto cesareo



In caso di ricovero per parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata (assistenza diretta) che in non convenzionata (assistenza indiretta), la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico;
- assistenza medica, medicinali e cure;
- retta di degenza: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- accompagnatore: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- post-ricovero;
- trasporto sanitario

come definite agli articoli: art. 17 Ricovero e prestazioni collegate, art. 25 Trasporto sanitario.

L'assicurazione è prestata per ciascun assicurato fino ad un **massimo** di € 5.000 per anno assicurativo.

Art. 20 - Parto non cesareo e aborto terapeutico



In caso di ricovero per parto non cesareo e aborto terapeutico sia effettuato in struttura sanitaria convenzionata (assistenza diretta) che in non convenzionata (assistenza indiretta) la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico;
- assistenza medica, medicinali, cure;
- retta di degenza: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- post-ricovero: nel limite dei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, vengono garantite unicamente 2 visite di controllo;
- trasporto sanitario

come definite agli articoli: art. 17 Ricovero e prestazioni collegate e art. 25 Trasporto sanitario.

Per tali prestazioni l'assicurazione è prestata per ciascun assicurato fino ad un **massimo** di € 4.000 per anno assicurativo.

Art. 21 - Day Hospital a seguito di malattia o infortunio



In caso di ricovero in regime di Day Hospital la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni tutte definite agli articoli:

- art. 17 Ricovero e prestazioni collegate;
- art. 25 Trasporto sanitario

La garanzia **non è operante** per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in Day Hospital a soli fini diagnostici.

Art. 22 - Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio



Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Pre-ricovero: nei 100 giorni precedenti il giorno dell'intervento
- Intervento chirurgico
- Assistenza medica, medicinali, cure
- Post-ricovero: nei 100 giorni successivi il giorno dell'intervento
- Trasporto sanitario

come definite agli articoli: art. 17 Ricovero e prestazioni collegate e art. 25 Trasporto sanitario.

Art. 23 - Indennità sostitutiva delle prestazioni durante il ricovero



Qualora l'assicurato non richieda alcun rimborso alla Società per le prestazioni ricevute durante il periodo di ricovero, avrà diritto all'erogazione, come indennità, **dell'importo giornaliero** di € 100 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 90 giorni per ricovero.

Oltre al pagamento dell'indennità sostitutiva, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-ricovero
- post-ricovero (salvo quanto previsto all'art. 20 Parto non cesareo e aborto terapeutico)

definite all'art. 17 Ricovero e prestazioni collegate.

Per tali prestazioni l'assicurazione è prestata per ciascun assicurato fino ad un **massimo** di € 2.000 all'anno senza applicazione degli scoperti e dei minimi non indennizzabili previsti (assistenza diretta o assistenza indiretta).

Art. 24 - Interventi chirurgici specifici: assistenza indiretta



Nel caso di ricovero presso strutture non convenzionate (assistenza indiretta) e limitatamente agli interventi elencati l'assicurazione è prestata come previsto all'art. 17 Ricovero e prestazioni collegate, ma con il **limite** della somma indicata, per ciascun intervento, nell'allegato 3, senza applicazione dei sottolimiti previsti nel suddetto articolo.

Sono inoltre assicurate le spese per il trasporto sanitario come da art. 25 Trasporto sanitario.

Art. 25 - Trasporto sanitario



La Società rimborsa le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'istituto di cura
 - da un istituto di cura ad un altro
 - di rientro alla propria abitazione
- con il **massimo** di € 1.000 per ricovero.

In caso di trapianto di organo, fermo il limite, sono assicurate anche le spese di trasporto dell'organo.

Art. 26 - Rimpatrio della salma



In caso di decesso dell'assicurato, avvenuto durante un ricovero presso un istituto di cura all'estero, la Società provvede al pagamento delle spese per il rimpatrio della salma nel **limite** di € 1.500 per assicurato.

Art. 27 - Pagamento spese, limiti, scoperti, minimi non indennizzabili

a) Assistenza diretta (strutture convenzionate): la Società provvede direttamente al pagamento delle spese per le prestazioni assicurate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia** a carico dell'assicurato, ad eccezione delle spese per le seguenti prestazioni sanitarie:

- assistenza infermieristica privata individuale (art. 17 lettera d);
- trasporto sanitario (art. 25);
- rimpatrio della salma (art. 26);

che vengono rimborsate all'assicurato nei **limiti** previsti agli articoli indicati, e ad eccezione delle prestazioni:

- parto cesareo (art. 19);
- parto non cesareo e aborto terapeutico (art. 20)

che vengono pagate alla struttura sanitaria convenzionata nei **limiti** previsti negli articoli indicati.

b) Assistenza indiretta (strutture non convenzionate): la Società provvede al rimborso all'assicurato delle spese sostenute per le prestazioni assicurate **con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 1.000.**

Le spese sostenute relativamente a:

- assistenza infermieristica privata individuale (art. 17 lettera d);
- accompagnatore (art. 17 lettera e);
- retta di degenza (art. 17 lettera f);
- parto cesareo (art. 19);
- parto non cesareo e aborto terapeutico (art. 20);
- interventi chirurgici specifici (art. 24);
- trasporto sanitario (art. 25);
- rimpatrio della salma (art. 26)

vengono rimborsate all'assicurato nei **limiti** previsti nei rispettivi articoli indicati.

c) Servizio Sanitario Nazionale: nel caso di prestazioni assicurate erogate tramite strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute dall'assicurato per

- rette di degenza: limitatamente al trattamento alberghiero;
- tickets sanitari;

d) Sistema Sanitario Nazionale (prestazione intramuraria): qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria, cioè con prestazione erogata all'interno del Sistema Sanitario Nazionale con utilizzo di strutture e l'intervento di personale sanitario che opera in libera professione, la Società provvede al pagamento delle spese con le seguenti modalità:

- **assistenza diretta:** per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale convenzionato come indicato alla lettera a) del presente articolo
- **assistenza indiretta** cioè a rimborso delle spese per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale non convenzionato come indicato alla lettera b) del presente articolo

Indennità sostitutiva: qualora l'assicurato non richieda alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di ricovero, **potrà richiedere** il pagamento della indennità sostitutiva (art. 23).

4) Prestazioni assicurate conseguenti ad infortunio o malattia in assenza di ricovero

Art. 28 - Alta Specializzazione



Sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato per le prestazioni di Alta Specializzazione come elencate all'allegato 2, nel limite complessivo per assicurato di **€ 5.000 per anno assicurativo**.

E' facoltà dell'assicurato usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- **Assistenza diretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.
- **Assistenza indiretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'assicurato con applicazione di uno **scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 60** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'assicurato.

Per l'attivazione della prestazione è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'art. 41 Sinistri in assistenza diretta e all'art. 42 Sinistri in assistenza indiretta.

Art. 29 - Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici: solo in assistenza diretta



Sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato nel **limite annuo di € 1.500** per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici; rientra in garanzia anche ed esclusivamente la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Le spese relative alle suddette prestazioni sono assicurate solo se prestate in assistenza diretta cioè utilizzando strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato e verranno pagate direttamente dalla Società senza applicazione di franchigie o scoperti. Qualora non risultino sul territorio strutture convenzionate nella provincia dove l'assicurato è residente questi, previa autorizzazione della Centrale Operativa di Unisalute, potrà effettuare la prestazione in assistenza indiretta **con il rimborso integrale delle spese sostenute nel limite previsto dalla garanzia**.

Se le prestazioni assicurate sono erogate tramite il SSN la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'assicurato.

E' necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che rende necessaria la prestazione stessa.

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'art. 41 Sinistri in assistenza diretta e all'art. 42 Sinistri in assistenza indiretta.

Art. 30 - Trattamenti fisioterapici riabilitativi



La Società provvede, nel **limite annuo di € 350** per assicurato al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa; sono assicurate anche le spese per la pratica di agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Sono escluse dalla garanzia le prestazioni:

- di linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu
- effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

E' facoltà dell'assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **Assistenza diretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato;**

- **Assistenza indiretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'assicurato con applicazione di uno **scoperto del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 70** per ogni fattura a suo carico;
- **Sistema Sanitario Nazionale:** la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'assicurato.

Art. 31 - Protesi ortopediche e acustiche



La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di € 1.000** per assicurato. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20%** e con un **minimo non indennizzabile di € 50 per fattura** a carico dell'assicurato.

Art. 32 - Odontoiatria/ortodonzia



La Società provvede, nei limiti sotto indicati, al pagamento delle spese per le prestazioni di seguito definite e conseguenti a malattia o infortunio. Rimangono sempre **escluse** le spese per protesi per finalità estetiche e per trattamenti derivanti da conseguenza di patologie psichiatriche.

1) Accertamenti diagnostici odontoiatrici

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia;
- dentalscan;
- telecranio.

E' facoltà dell'assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **Assistenza diretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** che dovrà essere versato dall'assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura;
- **Assistenza indiretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'assicurato con applicazione di uno **scoperto del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 80** per ogni fattura;
- **Servizio Sanitario Nazionale:** la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'assicurato.

2) Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

E' facoltà dell'assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **Assistenza diretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** che dovrà essere versato dall'assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura;
- **Assistenza indiretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'assicurato con applicazione di uno **scoperto del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 100** per ogni fattura;
- **Servizio Sanitario Nazionale:** la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'assicurato.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie di cui ai punti 1) e 2) del presente articolo sono assicurate nel limite annuo per ciascun assicurato di **€ 600 con il limite di € 200** per le prestazioni sanitarie erogate in assistenza indiretta.

3) Cure dentarie da infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche rese necessarie da infortunio purché documentate da un certificato di pronto soccorso e nel limite annuo per assicurato di € 700.

E' facoltà dell'assicurato usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **Assistenza diretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** che dovrà essere versato dall'assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura;
- **Assistenza indiretta:** in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'assicurato con applicazione di uno **scoperto del 20%**, con il **minimo** non indennizzabile di **€ 100 per ogni fattura.**
- **Sevizio Sanitario Nazionale:** la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'assicurato.

Art. 33 - Diagnosi comparativa – Second Opinion, Altre informazioni sanitarie, Servizi on line

33.1 Diagnosi Comparativa - Second Opinion



L'assicurato, telefonando alla Centrale Operativa di UniSalute ha la possibilità di avere un secondo e qualificato parere comparativo con la precedente diagnosi fatta dal proprio medico comprensivo delle indicazioni terapeutiche conseguenti, per trattare la patologia in atto definite esclusivamente tra le seguenti:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

L'assicurato può infatti usufruire delle seguenti prestazioni:

- **Consulenza Internazionale:** verrà rilasciato all'assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova il Medico:** l'assicurato verrà messo in contatto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto.
- **Trova la Miglior Cura:** qualora l'assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati.

UniSalute, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura.

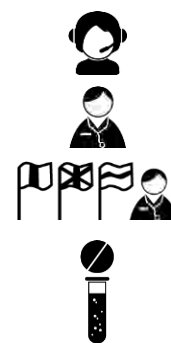
Per l'attivazione della garanzia, l'assicurato dovrà:

- a) concordare con il medico la documentazione necessaria;
- b) inviare la documentazione clinica in suo possesso che verrà inoltrata a spese della Società ai consulenti medici per l'individuazione del miglior terapeuta.

33.2 Altre informazioni sanitarie

La Centrale Operativa UniSalute oltre a definire con l'assicurato le prenotazioni in assistenza diretta e la gestione dei rimborsi delle spese sostenute in assistenza indiretta, fornisce anche le **informazioni telefoniche sanitarie** in merito a:

1. strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
2. indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
3. centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
4. farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.
pareri medici: qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'assicurato necessiti di
5. una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti



33.3 Servizi on line www.arcassicura.it



In alternativa al contatto con la Centrale Operativa, **il Titolare dell'Area Clienti**, previa registrazione, può usufruire dei seguenti servizi online attivi 7 giorni su 7:

1. consultare la rete delle oltre 6000 strutture sanitarie convenzionate
2. prenotazioni, visite ed esami
3. aggiornare i propri dati personali
4. denunciare un sinistro o verificare lo stato di un sinistro.

Nel caso di assicurazione di un nucleo familiare: il Titolare dell'Area Clienti è il primo fra gli assicurati elencati in polizza, il quale potrà accedere ai relativi servizi dopo aver completato la procedura di registrazione. Eventuali familiari assicurati potranno accedere all'Area Clienti con le credenziali del Titolare, senza necessità di personale registrazione.

Nel caso di assicurazione dei collaboratori di una impresa: ogni Assicurato è Titolare di una propria Area Clienti, accessibile dopo aver completato la procedura di registrazione.

Il Titolare dell'Area Clienti potrà effettuare la registrazione dal sito internet di Arca Assicurazioni, www.arcassicura.it entrando nella pagina di *orizzonte* SALUTE dal link "Prodotti".

5) Delimitazioni dell'assicurazione

Art. 34 - Contraente/Assicurato: limiti di età

Premesso che il Contraente della polizza è correntista, l'assicurazione è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in polizza.

La copertura assicurativa, per ciascun assicurato:

- è operante a condizione che alla data di effetto della polizza l'assicurato non abbia compiuto il **70esimo anno di età**;
- **cesserà** alla scadenza annuale successiva al compimento del **75esimo** anno di età anagrafica dell'assicurato;

In tal caso la Società invierà, in tempo utile, una comunicazione al Contraente per l'aggiornamento del contratto.

Art. 35 - Inclusioni ed esclusioni di assicurati dalla polizza

Con il presente contratto possono essere assicurate le persone fisiche nominativamente individuate in polizza in qualità di assicurati.

L'inclusione o l'esclusione di un assicurato potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo premio.

Art. 36 - Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile; sono tali le persone che al momento della stipula del contratto, **abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie**:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile superiore al 60%

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a stipulare l'assicurazione laddove avesse saputo che l'assicurato, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

Art. 37 - Esclusioni dall'assicurazione

In aggiunta a quanto previsto dal precedente art. 36, l'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici salvo quanto previsto all'art. 29 Visite specialistiche.
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto all'art. 32 Odontoiatria/ortodonzia;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
6. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

8. i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto all'art. 31 Protesi ortopediche e acustiche;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
15. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 38 - Termini di aspettativa

Premesso che per termini di aspettativa, che decorrono dal giorno di effetto della polizza, si intende il **periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura assicurativa**, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno stesso di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- b) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- c) del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- e) del 1° giorno del VI (sesto) anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

Qualora la presente **polizza sia stata emessa in sostituzione** – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima Società, gli anzidetti termini operano:

1. per gli stessi assicurati:
 - dal giorno di effetto della polizza sostituita, qualora le prestazioni e i massimali risultanti dalla presente polizza siano pari o inferiori a quella sostituita;
 - dal giorno di effetto della presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.
2. per i nuovi assicurati:
 - dalla data di effetto del presente contratto.

Art. 39 - Assicurato diverso dal Contraente

Le limitazioni e le esclusioni di cui ai precedenti articoli si considerano valide e accettate e si applicano anche nei confronti dell'assicurato qualora sia persona diversa dal Contraente.

6) Denuncia di sinistro: assistenza diretta o assistenza indiretta

Art. 40 - Denuncia del sinistro

Premesso che la Società ha conferito ad UniSalute S.p.A. specifico mandato alla trattazione dei sinistri ed al pagamento delle relative spese l'assicurato o chi per esso, per usufruire della prestazione sanitaria di cui necessita e risultante dalla prescrizione medica, può utilizzare:

- il servizio via internet www.arcassicura.it entrando nella pagina di *orizzonte* SALUTE dal link "Prodotti", operativo 7 giorni su 7, che consente di:
 1. consultare la rete delle oltre 6000 strutture sanitarie convenzionate
 2. prenotazioni, visite ed esami
 3. aggiornare i propri dati personali
 4. denunciare un sinistro o verificare lo stato di un sinistro.
- **la Centrale Operativa:** numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30
- rivolgersi a **struttura sanitaria non convenzionata** (assistenza indiretta) sostenendone la spesa di cui potrà chiedere il rimborso .

Prestazioni sanitarie urgenti: nel caso di motivi di urgenza sanitaria certificati dalla struttura sanitaria, nell'impossibilità di contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute, l'assicurato potrà comunque rivolgersi a strutture sanitarie convenzionate; le relative spese verranno liquidate con le modalità previste agli articoli:

- art. 41 lettera a) Sinistri in assistenza diretta: prestazioni erogate tramite strutture sanitarie convenzionate (escluse le prestazioni odontoiatriche/ortodontiche);
- art. 41 lettera b) Sinistri assistenza diretta: prestazioni odontoiatriche/ortodontiche erogate in strutture sanitarie convenzionate.

Salvi i casi di urgenza, qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere avuto preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa UniSalute e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all' art. 42 Sinistri in assistenza indiretta.

Art. 41 - Sinistri in assistenza diretta

a) Sinistri in assistenza diretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture sanitarie convenzionate (escluse le prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

L'assicurato all'atto dell'effettuazione della prestazione, dovrà presentare alla struttura convenzionata i seguenti documenti:

- documento comprovante la propria identità;
- la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero l'assicurato dovrà sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'assicurazione .
- all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione delle prestazioni sanitarie ricevute.

In caso di prestazione senza ricovero l'assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate sulla base delle condizioni di assicurazione. A tal fine l'assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate, scoperti o minimi non indennizzabili a carico dell'assicurato.

b) Sinistri in assistenza diretta: prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche erogate tramite strutture sanitarie convenzionate

Prima della erogazione della prestazione sanitaria la Centrale Operativa UniSalute dovrà essere contattata dal centro odontoiatrico, al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della **"presa in carico"** cioè del documento con cui la Società autorizza il Centro odontoiatrico ad effettuare le prestazioni sanitarie cui l'assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo contatto presso il Centro odontoiatrico convenzionato il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà:

- **la Scheda anamnestica** (vedi allegato n. 4) relativa all'apparato masticatorio dell'assicurato, in ogni sua parte;
- **il Piano Terapeutico** cioè l'elenco delle eventuali prestazioni necessarie condiviso con l'assicurato.

Il dentista invierà alla Società tali documenti corredati anche di referti, radiografie ed ogni altra documentazione medica disponibile utile al fine della valutazione delle prestazioni sanitarie in esame.

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata **la "Presa in carico" cioè il documento con cui vengono definite ed autorizzate le prestazioni sanitarie assicurate a termini di polizza.** La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza delle somme assicurate e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata:

- un documento comprovante la propria identità;
- sottoscrivere la lettera di impegno cioè il documento con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'assicurazione.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti la somma assicurata, non prese in carico.

La Società dichiara che nel caso di erogazione da parte dal Centro odontoiatrico convenzionato di prestazioni sanitarie non rientranti nel documento di Presa in carico ma autorizzate preventivamente

dall'assicurato, **le relative spese, a suo carico, verranno calcolate sulla base delle tariffe applicate alla Società per prestazioni similari.**

c) Personale non convenzionato operante in struttura convenzionata

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato che dovranno essere preventivamente autorizzate e riportate nella lettera di impegno da lui firmata, verranno liquidate alle condizioni del presente contratto e con le modalità previste per i sinistri in assistenza indiretta cioè come regolato dall'art. 42 Sinistri in assistenza indiretta lettere a) e b).

Art. 42 - Sinistri in assistenza indiretta

a) Sinistri in assistenza indiretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture non convenzionate (escluse le prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente alla sede di UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia di sinistro (allegato 5) debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale e di tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni sanitarie effettuate nei periodi pre e post (come definiti in polizza) il ricovero, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, ad essi connesse che dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale dovrà essere inviata anche copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Inoltre, l'assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione che si impegna a restituire a sue spese.

b) Sinistri assistenza indiretta: prestazioni odontoiatriche/ortodontiche erogate da strutture sanitarie non convenzionate

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - 40131 Bologna BO, la seguente documentazione:

- modulo di denuncia di sinistro (allegato 5) debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. Inoltre, l'assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
- scheda anamnestica (allegato 4) redatta in ogni sua parte e sottoscritta dal medico curante.

Richiesta di documentazione supplementare: ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Rimborso delle spese a fine cura il pagamento di quanto spettante all'assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruitive dall'assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

c) Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti articoli:

- art. 41 Sinistri in assistenza diretta, lettere a) e b)
- art. 42 Sinistri in assistenza indiretta, lettere a) e b)

Indennità sostitutiva: nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

Art. 43 - Controlli medici

L'assicurato **deve** consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 44 - Gestione documentazione di spesa; estratto conto sinistri

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge. Qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali, la stessa documentazione verrà restituita all'assicurato a spese della Società.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo periodico delle richieste di rimborso** in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese precedente l'invio;
- **riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa** presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'assicurato;
- **documentazione ai fini fiscali.**

Art. 45 - Altre assicurazioni

Qualora l'assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'assicurato verrà liquidato, nel rispetto di limiti scoperti e franchigie previste nella presente alle singole garanzie e in base anche alle modalità di erogazione della prestazione assicurata (assistenza diretta o indiretta), al netto di quanto già rimborsato da terzi il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 46 - Mediazione per la conciliazione delle controversie

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 la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il contraente o l'assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, 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 mediazionecivile@arcavita.it ovvero a mezzo fax al n° 045.8192371.

Allegato 1) Elenco dei grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

Allegato 2) Alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Allegato 3) Interventi chirurgici specifici: assistenza indiretta

INTERVENTO CHIRURGICO	Somma assicurata per ogni intervento
Isteroscopia operativa	€ 2.500
Rinosettoplastica	€ 2.500
Cataratta	€ 2.500
Rimozione mezzi di sintesi	€ 2.500
Interventi a carico dell'ano	€ 3.500
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 3.500
Interventi sul piede	€ 3.500
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€ 5.500
Asportazione cisti ovariche	€ 5.500
Miomectomia	€ 5.500
Colecistectomia	€ 5.500
Cistectomia	€ 5.500
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€ 5.500
Quadrantectomia	€ 8.000
Isterectomia	€ 8.000
Ernia del disco	€ 8.000
Tiroidectomia	€ 8.000
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)	€ 8.000
Interventi sulla prostata	€ 8.000
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomia, eccetto interventi di appendicectomia	€ 11.000
Interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea	€ 11.000
Interventi per via craniotomica	€ 11.000
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€ 11.000
Nefrectomia	€ 11.000

Scheda anamnestica odontoiatrica

Il Sottoscritto/a		Denominazione Azienda/Ente (obbligatoria se la polizza è stipulata dall'Azienda/Ente)															
Nato a		il		Codice Fiscale													
Residente a				Prov										CAP			
Via/Piazza				N°				N° tel.									

Gentile Cliente, affinché UniSalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il suo medico dentista compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UNISALUTE S.p.A. – in via Larga n° 8, 40138 Bologna.

Terminologia:

X	Elemento mancante
O	Otturazione
D	Devitalizzazione
In	Intarsio
RIC	Ricostruzione
W	Corona
F	Fixture (impianti osteointegrati)
Pf	Protesi fissa
Pm	Protesi mobile

Wor	Oro-Resina
Woc	Oro-Ceramica
Wlp	Lega Preziosa
Wlnp	Lega Non Preziosa
P	Perno moncone
S	Scheletrito
Dp	Dente Pilastro

Schema DENTARIO ODONTOIATRICO

SUPERIORE															SX
DX															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DX	INFERIORE														SX

Note:

Firma del medico curante (dentista)

Data

orizzonte Salute

Assicurazione Sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol (7) a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa (8) (si veda anche nota 4).

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

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

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

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

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

Note

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

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

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

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

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

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

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

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