

Sì Previsto

Assicurazione infortuni e malattia

In allegato i seguenti documenti:

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

Arca Assicurazioni S.p.A.

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

Assicurazione infortuni e malattia

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

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SiPrevisto

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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura per i danni derivanti da infortuni, professionali ed extraprofessionali, occorsi all'assicurato e comprende delle prestazioni di assistenza. La polizza prevede, inoltre, delle prestazioni opzionali per la malattia e i grandi interventi chirurgici.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Garanzie infortuni
 - Invalidità permanente da infortunio: garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente, sia parziale sia totale, a seguito di infortunio.
- ✓ Assistenza: garantisce all'assicurato l'erogazione di servizi di consulenza e assistenza in Italia e all'estero.

Garanzie supplementari

Garanzie infortuni

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio
- ✓ Rimborso spese sanitarie da infortunio

Garanzie malattia

- ✓ Invalidità permanente da malattia
- ✓ Diaria da ricovero da malattia
- ✓ Rimborso spese sanitarie da malattia
- ✓ Grandi interventi chirurgici - spese pre e post

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



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Per le garanzie infortuni e malattia, a esclusione delle garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Grandi interventi chirurgici - spese pre e post", non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 80esimo anno di età.
- ✗ Per le garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Grandi interventi chirurgici - spese pre e post" non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 65esimo anno di età.
- ✗ Non è possibile assicurare alcune attività professionali quali a titolo di esempio acrobati, sommozzatori, collaudatori di veicoli.



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie delle presenti Sezioni sono prestate con l'applicazione di franchigie (costo del sinistro, in cifra fissa, che rimane a carico del contraente), scoperti (percentuale del danno che rimane a carico del contraente) e limiti o sottolimiti. Sono inoltre presenti delle esclusioni (situazioni non comprese nelle garanzie) quali, a titolo di esempio:

- ! Garanzie infortuni: gli infortuni derivanti da azioni delittuose compiute o tentate dall'assicurato e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore e da sport pericolosi dettagliatamente descritti in altri documenti e per partecipazioni a tornei o gare.
- ! Garanzie malattia: la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
- ! Grandi interventi chirurgici - spese pre e post: le conseguenze di infortuni o malattia che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipulazione della polizza



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni rese alla Compagnia ai fini della valutazione del rischio da assicurare, devono essere necessariamente esatte e complete.
- In caso di variazione dell'attività professionale dichiarata è fatto obbligo all'assicurato di comunicarlo alla Compagnia.
- Nel corso del contratto, devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- Per la garanzia "Grandi interventi chirurgici - spese pre e post", l'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla 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.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

alle ore 24 del giorno di scadenza indicato nel contratto.



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione infortuni e malattia

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: SiPrevisto

10 Febbraio 2026 - ultima edizione disponibile

Scopo

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

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

Società

SOCIETÀ - Arca Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in via Del Fante n. 21 - 37122 Verona; tel. 045/8192111; sito internet: www.arcassicura.it; e-mail: informa@arcassicura.it; pec: arcaassicurazioni@pec.unipol.it. Fa parte del Gruppo Assicurativo Unipol ed è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione n. 1.00123. Nell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa ammonta a € 196,2 milioni e il risultato economico a € 54.919.234,60. L'Impresa presenta un indice di solvibilità pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

La Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al 31 dicembre 2024 è disponibile sul sito www.arcassicura.it (sezione "Mondo Arca", "Numeri").

Al contratto si applica la Legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

I successivi rinvii a sezioni, pagine e articoli si riferiscono alle Condizioni di Assicurazione
A integrazione di quanto riportato nel DIP Danni

Garanzie infortuni

"Perdita anno scolastico a seguito di infortunio": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 27, pg.11 di 67

"Annullamento attività ricreative": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 28, pg.11 di 67

"Sicurezza infortuni": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 29, pg.11 di 67

"Stato comatoso": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 30, pg.11 di 67

"Rottura sottocutanea dei tendini": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 31, pg.11 di 67

"Calamità naturali": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 32, pg.12 di 67

Invalità permanente da infortunio:

"Danni estetici": vedasi, Sezione 2.1, Invalità permanente da infortunio, Art. 41, pg.15 di 67

"Adattamento abitazione": vedasi, Sezione 2.1, Invalità permanente da infortunio, Art. 42, pg.16 di 67

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sono previsti sconti per più assicurati: vedasi, Sezione 1, Art. 9, pg.7 di 67

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Morte da infortunio: Sezione 2.2, pg.18 di 67

Diaria da ricovero da infortunio: Sezione 2.3, pg.20 di 67

Rimborso spese sanitarie da infortunio: Sezione 2.4, pg.23 di 67

Invalità permanente da malattia: Sezione 3.1, pg.28 di 67

Diaria da ricovero da malattia: Sezione 3.2, pg.31 di 67

Rimborso spese sanitarie da malattia: Sezione 3.3, pg.34 di 67

Grandi interventi chirurgici - spese pre e post Sezione 4, pg.36 di 67



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite dal DIP Danni



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

GARANZIE INFORTUNI - L'assicurazione non comprende gli infortuni causati: dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta e valida abilitazione, dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove; dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo; dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitte, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard; e) dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'INFORTUNIO si verifichi durante gare e/o competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili; dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta; da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di

stupefacenti o di psicofarmaci; da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie; dallo svolgimento di attività militari; da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni; da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche; le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); le ernie; gli avvelenamenti, e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio; le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo; gli infarti da qualsiasi causa determinati; gli infortuni derivanti da calamità naturali; **Lesioni causate da infezioni acute**: malaria e qualsiasi altra malattia tropicale; **Rischio volo**: effettuati: da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da aeroclubs; su apparecchi per il volo da diporto o sportivo. **DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO** La presente garanzia non opera per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici, **Day Hospital**: visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici; **Diaria da immobilizzazione o gessatura** fasciature funzionali, collari, tutori e simili e non sono comprese in garanzia i seguenti apparecchi in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato: bendaggi, apparecchi, busti, corsetti "semirigidi"; apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; bendaggi elastici adesivi; ortesi in genere; cuscino di appoggio per abduzione, immobilizzatore articolato del gomito, collari Schantz, Camp, simili; ginocchio Donjoy; stecche di Zimmer, **RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO** La presente garanzia non opera per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici; le spese di natura alberghiera. **GARANZIE MALATTIA** le conseguenze dirette di 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 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; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, i ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuate cure accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale; 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. 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; gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; 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 guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali. **DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA** La presente garanzia non opera per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici; **Day Hospital**: non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici e non opera in caso di parto naturale; **Diaria da convalida post ricovero**: la copertura non opera in caso di parto naturale. **RIMBORSO SPESE SANITARIE DA MALATTIA** La presente garanzia non opera per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici. **GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - SPESE PRE E POST** - Sono operanti le stesse esclusioni delle **GARANZIE MALATTIA**: Rette di degenza e Post-ricovero: le spese voluttuarie. **ASSISTENZA** Tutte le prestazioni/garanzie non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da: mancato contatto con la Centrale Operativa di UnipolAssistance; gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti; alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; dolo dell'assicurato o colpa grave; abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni; tentato suicidio o suicidio; sports aerei in genere, guida e uso di deltaplani e altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendio e assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (, Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio; malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza; espanto e/o trapianto di organi; Le prestazioni/garanzie non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Per la garanzia **Trasferimento in un centro ospedaliero** in aggiunta ai rischi esclusi di cui sopra, le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della centrale operativa, possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza; le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera; la prestazione non opera nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie; **Guida alla struttura sanitaria, Ricerca e prenotazione centri ospedalieri, Consegna esiti a domicilio e Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche**: giorni festivi infrasettimanali.

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

Franchigie - GARANZIE INFORTUNI: Annullamento attività ricreative: € 50,00. **Calamità naturali**: 10%. **Sostegno e sicurezza**: maggiore o uguale al 60%. **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**: per somma assicurata fino € 400.000: se superiore al 5% e inferiore al 10%: franchigia 5%; dal 10% al 60%: nessuna franchigia; se accertata pari o superiore al 60%: l'indennizzo viene corrisposto al 100%. Per la somma assicurata in eccedenza, da € 400.001: dal 10% al 60%: franchigia 10%; se accertata pari o superiore al 60% l'indennizzo viene corrisposto al 100%. **Diaria da convalida post ricovero**: 3 giorni; **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**: nessun indennizzo spetta all'assicurato quando il grado di invalidità permanente da malattia è di inferiore al 25% dell'invalidità totale. **DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA**: 3 giorni

Scoperti - GARANZIE INFORTUNI: **Rimborso spese di cura a seguito di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale e Rimborso spese di cura in assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale**: 10% minimo di € 50,00. **GARANZIE MALATTIA**: **Rimborso spese sanitarie da malattia**: 10% minimo € 50,00; **Grandi interventi chirurgici - spese pre e post**: 20%, minimo non indennizzabile di € 1.000,00 in caso di interventi effettuati presso strutture non convenzionate con UniSalute



A chi è rivolto questo prodotto?

Si rivolge ai contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche, con professione rientrante tra quelle assicurabili, contro gli infortuni, le malattie e i Grandi interventi chirurgici.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 21,85% del Premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati per iscritto a Arca Assicurazioni S.p.A. - Funzione Reclami - Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317 e-mail: reclami@arcassicura.com Ricevuto il reclamo, l'ufficio di competenza deve fornire il riscontro nel termine massimo di 45 giorni (60 se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio e relativi dipendenti e collaboratori) Ulteriori informazioni sui reclami riguardanti il comportamento degli intermediari sono consultabili sul sito www.arcaassicura.it .
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato tecnico: In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Per la risoluzione delle <u>liti transfrontaliere</u> 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: Garanzie Infortuni e Malattia: 2,5%; Assistenza: 10% Detrazione fiscale. Applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio Morte e/o Invalidità permanente non inferiore al 5%. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.arcassicura.it/informativa-oblio-oncologico .
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

SìPrevisto

Assicurazione infortuni e malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Documento redatto in conformità alle Linee guida del

Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

SiPrevisto è la **Polizza infortuni** di Arca Assicurazioni che si prende cura di te, della tua famiglia o della tua impresa **24/h tutelandovi in caso di infortunio e/o malattia**.

SiPrevisto è una **soluzione modulare** che permette di costruire le coperture assicurative in base alle tue esigenze; infatti, è possibile scegliere e combinare diverse garanzie differenziando la copertura per singolo assicurato.

Il pacchetto di garanzie sempre operanti è formato dalla garanzia **"Invalidità permanente da infortunio"** e dalla garanzia **"Assistenza"**.



Ogni cliente potrà poi scegliere se integrare la copertura base con una o più tra le seguenti garanzie:

- Morte da infortunio;
- Diaria da ricovero da infortunio;
- Rimborso spese sanitarie da infortunio;
- Invalidità permanente da malattia;
- Diaria da ricovero da malattia (acquistabile solo se presente la garanzia Diaria da ricovero da infortunio);
- Rimborso spese sanitarie da malattia (acquistabile solo se presente la garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio);
- Grandi interventi chirurgici - spese pre e post.

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

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-484343

Per denunciare un sinistro



800-012529

Per contattare il Servizio di Assistenza



Invia una richiesta

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



Vieni a scoprire la tua Area Riservata

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

Accedi o registrati per consultare:



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



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

E per effettuare:



La **denuncia** di un sinistro.



... e molto altro ancora!

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-849089

Dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 18.00



Invia una richiesta

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



è la piattaforma dedicata a tutti i nostri clienti.

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



Glossario	5
1 Norme che regolano il contratto in generale	7
2 Garanzia infortuni	11
2.1 Invalidità permanente da infortunio	16
2.2 Morte da infortunio	19
2.3 Diaria da ricovero da infortunio	22
2.4 Rimborso spese sanitarie da infortunio	25
3 Garanzie malattia	28
3.1 Invalidità permanente da malattia	30
3.2 Diaria da ricovero da malattia	33
3.3 Rimborso spese sanitarie da malattia	36
4 Grandi interventi chirurgici - spese pre e post	38
5 Assistenza	44
6 Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	50
Allegato 1 - Tabelle delle attività professionali	59
Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici	65
Norme di legge richiamate in polizza	67
Modalità per la richiesta di Assistenza	70
Modulo di denuncia	71
Modulo richiesta di rimborso per Grandi Interventi Chirurgici	73

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si intende per:

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

ASSICURAZIONE: contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTAZIONE SANITARIA: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

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

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

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici relativo agli interventi chirurgici riportati nell'elenco Grandi interventi chirurgici presente nelle presenti Condizioni di assicurazione.

INDENNIZZO: somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

PREMIO: prestazione in denaro dovuta dal contraente alla compagnia.

RICOVERO: permanenza, che comporti pernottamento, in istituto di cura o permanenza in regime di day hospital o comunque a seguito di intervento di Pronto Soccorso.

RISCHIO: probabilità che si verifichi il sinistro.

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

SFORZO: evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'assicurato.

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

SOMMA ASSICURATA: importo stabilito in polizza e/o negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione che rappresenta la spesa massima che la Compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste in polizza.

STATO COMATOSO IRREVERSIBILE: stato comatoso che si è protratto per un periodo ininterrotto di 180 (centottanta) giorni consecutivi.

STATO COMATOSO: stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria e alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa abbia diretta origine da un infortunio. Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistenze e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

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

TERMINI DI ASPETTATIVA: periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura assicurativa.

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

UNISALUTE: Compagnia specialistica di Assicurazione con sede Legale e Direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, di cui la Compagnia 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 relative alla sezione 4 - Grandi Interventi Chiirurgici - spese pre e post.

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la COMPAGNIA si obbliga a tenere indenne l'ASSICURATO in relazione alle garanzie indicate in POLIZZA.

Art. 2 - Operatività del contratto

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

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

Il contratto si perfeziona solo nel momento in cui il pagamento del PREMIO sia andato a buon fine. Pertanto, salvo che sia diversamente convenuto, se il pagamento del PREMIO o della rata di PREMIO è andato a buon fine l'ASSICURAZIONE ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del PREMIO sia effettivamente andato a buon fine.

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

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

Art. 4 - Durata del contratto^[1]

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

Art. 5 - Proroga del contratto

Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, **in assenza di disdetta** da parte dell'ASSICURATO o da parte della COMPAGNIA, la durata del contratto viene **prorogata per 1 (uno) anno** e così successivamente, salvo che nella POLIZZA venga indicato NO relativamente al tacito rinnovo.

Art. 6 - Disdetta del contratto

La **disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it. Il CONTRAENTE ha facoltà di optare anche per la formula senza tacito rinnovo, in questo caso la copertura cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE**Art. 7 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente^[2]**

Il pagamento del PREMIO può avvenire secondo i casi tramite addebito diretto in conto corrente e/o con ulteriori mezzi di pagamenti messi a disposizione dall'intermediario.

Il versamento del PREMIO può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il CONTRAENTE, al momento della stipula del contratto, **autorizza la banca**, in conformità alla normativa vigente in materia di addebiti diretti con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n.

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

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

11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il PREMIO alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla COMPAGNIA almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale del contratto. Il CONTRAENTE è tenuto a concordare con la COMPAGNIA la nuova forma di pagamento del PREMIO.

Art. 8 - Frazionamento del premio

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

Il PREMIO può essere frazionato semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente o mensilmente.

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

Art. 9 - Scontistiche

Nel caso di più assicurati, verranno applicati sul PREMIO i seguenti sconti:

- 2 assicurati: 3%
- 3 assicurati: 5%
- 4 assicurati: 10%
- 5 assicurati: 15%.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

CHE OBBLIGHI HO

Art. 11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

Art. 12 - Aggravamento del rischio

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

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

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

Art. 13 - Diminuzione del rischio

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

ALTRE NORME

Art. 14 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 15 - Termini di aspettativa

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

- dal giorno stesso di effetto dell'ASSICURAZIONE per gli infortuni;
- dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le malattie, **esclusa la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA**;
- dal 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- dal 90° (novantesimo) per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA;
- dal 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per il parto e le malattie da puerperio;
- dal 1° (primo) giorno del VI (sesto) anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le infezioni da HIV a condizione che l'ASSICURATO non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario, nel qual caso troverebbero applicazione i successivi Artt. 33 e 58 - Persone non assicurabili.

Art. 16 - Limiti di età

Per le garanzie della Sezione 2 - Garanzie infortuni, della Sezione 3 - Garanzie malattia, ad esclusione della garanzia 3.1 - Invalidità permanente da malattia, e della Sezione 4 - Grandi interventi chirurgici - spese pre e post: non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° (ottantesimo) anno d'età. Resta inteso che qualora l'ASSICURATO **compia l'80° (ottantesimo) anno di età** durante il periodo di validità del contratto, l'ASSICURAZIONE cessa alla scadenza annua di POLIZZA successiva al compimento dell'80° (ottantesimo) anno d'età.

Esclusivamente per le garanzie "invalidità permanente da malattia" e "Grandi interventi chirurgici": non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° (sessantacinquesimo) anno d'età. Resta inteso che qualora l'ASSICURATO **compia il 65° (sessantacinquesimo) anno di età** durante il periodo di validità del contratto, l'ASSICURAZIONE cessa alla scadenza annua di POLIZZA successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno d'età.

Art. 17 - Abbinabilità delle garanzie

Le garanzie base, sempre operanti, sono:

- Invalidità permanente da infortunio;
- Assistenza.

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

- Morte da Infortunio;
- Diaria da ricovero da infortunio;
- Rimborso spese sanitarie da infortunio;
- Invalidità permanente da malattia;
- Diaria da ricovero da malattia (acquistabile solo se presente la garanzia Diaria da ricovero da infortunio);
- Rimborso spese sanitarie da malattia (acquistabile solo se presente la garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio);
- Grandi interventi chirurgici - spese pre e post.

Le coperture acquistate formano un unico contratto e sono indicate in POLIZZA per ciascun ASSICURATO.

Art. 18 - Attività diverse da quelle dichiarate in polizza

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

- integralmente se la diversa attività non aggrava il RISCHIO assicurato;

- nella misura percentuale indicata nella seguente tabella, se la diversa attività esercitata comporta un aggravamento di rischio rispetto all'attività dichiarata. Le lettere dalla A alla D rappresentano le classi di rischio in cui sono accorpate le professioni.

Classi	A	B	C	D
A	100%	100%	100%	100%
B	75%	100%	100%	100%
C	60%	75%	100%	100%
D	40%	60%	75%	100%

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

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

Qualora l'attività svolta al momento dell'INFORTUNIO sia annoverabile fra quelle definite nell'Art. 34 - Attività professionali non assicurabili, l'ASSICURAZIONE stessa cessa e la COMPAGNIA non corrisponderà alcun INDENNIZZO.

La COMPAGNIA, dal momento in cui ne è venuta a conoscenza, comunicherà la cessazione del RISCHIO e rimborserà al CONTRAENTE, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione stessa, la parte di PREMIO, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di ASSICURAZIONE per il quale è stato corrisposto il PREMIO stesso.

Art. 19 - Altre assicurazioni

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

Art. 20 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente ASSICURAZIONE è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal CONTRAENTE, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo ASSICURATO.

Art. 21 - Foro competente

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

Art. 22 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 23 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

COSA È ASSICURATO

Art. 24 - Oggetto dell'assicurazione

L'ASSICURAZIONE ha per oggetto la prestazione delle garanzie sotto elencate e meglio descritte di seguito:

- 2.1 - Invalidità permanente da infortunio (sempre operante);
- 2.2 - Morte da infortunio (operante solo se richiamata in POLIZZA);
- 2.3 - Diaria da ricovero da infortunio (operante solo se richiamata in POLIZZA);
- 2.4 - Rimborso spese sanitarie da infortunio (operante solo se richiamata in POLIZZA).

L'ASSICURAZIONE è prestata per gli infortuni, a seconda delle garanzie scelte e indicate nel contratto, che l'ASSICURATO subisca durante lo svolgimento delle attività professionali ed extra professionali tutti i giorni 24 (ventiquattro) ore su 24 (ventiquattro).

Art. 25 - Eventi garantiti

L'ASSICURAZIONE è operante per gli infortuni:

- a) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- b) subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) conseguenti ad atti compiuti dall'ASSICURATO per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'ASSICURATO non vi abbia partecipato in modo volontario;
- e) derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'ASSICURATO ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
- f) derivanti da attività sportive, a eccezione di quelli indicati all'Art. 35 - Rischi esclusi, punti d), e), f).

L'ASSICURAZIONE è estesa anche ai seguenti eventi particolari:

- g) asfissia di origine non morbosa;
- h) avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita e involontaria;
- i) avvelenamento del sangue e infezione, **escluso il virus HIV**, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- j) lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- k) annegamento;
- l) lesioni causate da infezioni acute oggettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con **esclusione della malaria e di qualsiasi altra MALATTIA tropicale**;
- m) folgorazione;
- n) colpi di sole o di calore;
- o) assideramento o congelamento;
- p) lesioni da sforzo, **con esclusione degli infarti e delle ernie**. Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo non operabili limitatamente ai soli casi di INVALIDITÀ PERMANENTE per i quali verrà corrisposto un INDENNIZZO non superiore al 10% della SOMMA ASSICURATA.

Art. 26 - Rischio volo

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

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

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

Pacchetto SiPrevisto per essere sempre al tuo fianco

(prestazioni aggiuntive sempre operanti)

Art. 27 - Perdita anno scolastico a seguito di infortunio

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile a termini di POLIZZA, che comporta l'impossibilità alla frequenza delle lezioni e determina la perdita dell'anno scolastico, **liquida un INDENNIZZO di € 1.500,00 (millecinquecento) per annualità assicurativa e per ASSICURATO.**

Tale garanzia è prevista per gli studenti assicurati di età non superiore a 20 (venti) anni e frequentanti le scuole secondarie superiori in Italia, nella Repubblica di San Marino o Città del Vaticano ovvero equivalenti scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 28 - Annullamento attività ricreative

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile a termini di POLIZZA, che abbia comportato un periodo di assenza pari o superiore a 15 (quindici) giorni di calendario decorrenti dalla data del SINISTRO, provvederà a rimborsare i costi relativi al periodo corrispondente alla mancata frequentazione di corsi e/o attività sportive (a titolo di esempio: corsi di musica, di lingue straniere, di danza, di attività teatrali e artistiche, di sport non esclusi dall'Art. 35 - Rischi esclusi, punti d), e), f)).

Per il rimborso è necessario presentare adeguata documentazione attestante il pagamento dei corsi e/o attività di cui sopra, quali ricevute di pagamento quietanzate dalla struttura organizzativa e/o erogatrice dei corsi/attività e verrà corrisposto solo a condizione che non sia possibile recuperare, parzialmente o totalmente, la somma versata dall'ASSICURATO o le lezioni perdute.

La garanzia è prestata nel limite di € 500,00 (cinquecento) per singolo ASSICURATO e per annualità assicurativa con FRANCHIGIA di € 50,00 (cinquanta) per SINISTRO.

Art. 29 - Sicurezza infortuni

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile a termini di POLIZZA e conseguente a:

- a) scippo, rapina, tentata rapina, tentato sequestro, estorsione, che comporti un'INVALIDITÀ PERMANENTE accertata di grado pari o superiore al 60%, **riconosce un INDENNIZZO forfettario aggiuntivo di € 10.000,00 (diecimila) per SINISTRO e annualità assicurativa;**
- b) violenza fisica, qualora sia stata sporta querela alle autorità competenti e l'evento sia stato accertato da un referto medico del Pronto Soccorso, **riconosce un INDENNIZZO forfettario pari a € 2.000,00 (duemila) per SINISTRO e annualità assicurativa.**

Art. 30 - Stato comatoso

L'ASSICURAZIONE prevede la corresponsione di un **INDENNIZZO aggiuntivo forfettario pari a € 10.000,00 (diecimila)** qualora l'INFORTUNIO abbia comportato uno STATO COMATOSO dell'ASSICURATO.

L'INDENNIZZO aggiuntivo viene corrisposto qualora lo STATO COMATOSO sia insorto entro e non oltre 5 (cinque) giorni dalla data di accadimento dell'INFORTUNIO e permanga trascorsi 5 (cinque) giorni dalla data di insorgenza così come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

Si conviene che la giornata di insorgenza e la giornata di termine dello STATO COMATOSO sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora dell'insorgenza e del termine dello stesso.

Nel caso in cui l'ASSICURATO si risvegli dallo STATO COMATOSO, la COMPAGNIA rinuncia al recupero delle somme già corrisposte a titolo di INDENNIZZO.

Art. 31 - Rottura sottocutanea dei tendini

L'ASSICURAZIONE, a parziale deroga dell'Art. 35 - Rischi Esclusi, lettera o), relativamente agli esiti di rottura sottocutanea:

- del tendine del bicipite brachiale;

- del tendine femorale;
 - del tendine rotuleo;
 - del tendine di Achille;
 - della cuffia dei rotatori (lesione di uno o più tendini del complesso muscolo-tendineo della spalla);
- ricosce un **INDENNIZZO forfettario di € 1.000,00 (mille) per SINISTRO, senza applicazione di alcuna FRANCHIGIA.**

Tale INDENNIZZO non è cumulabile con altri indennizzi e prestazioni della POLIZZA.

Art. 32 - Calamità Naturali

L'ASSICURAZIONE indennizza gli infortuni derivanti dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto che la COMPAGNIA corrisponderà un **importo massimo pari al 50% dell'INDENNIZZO** dovuto a termini di POLIZZA e **con il limite di € 250.000,00 (duecentocinquantamila) per ogni persona assicurata.** Relativamente a detta estensione l'**INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE verrà** determinato nel seguente modo:

- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è pari o inferiore al 10% non verrà erogato nessun INDENNIZZO;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è accertato in una percentuale superiore al 10% e inferiore al 60% non si applica alcuna FRANCHIGIA e l'INDENNIZZO viene erogato in pari misura alla percentuale di invalidità;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è pari o superiore al 60% l'INDENNIZZO viene corrisposto al 100%.

Tale estensione, in deroga a quanto previsto dall'Art. 35 - Rischi esclusi, punto r), vale esclusivamente per le garanzie Invalidità permanente da infortunio e Morte da infortunio qualora acquistata.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 33 - Persone non assicurabili

Premesso che la COMPAGNIA, qualora al momento della stipulazione della POLIZZA, fosse stata a conoscenza che l'ASSICURATO era **affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV** (salvo quanto diversamente indicato all'Art. 15 - Termini di Aspettativa) non avrebbe acconsentito a prestare l'ASSICURAZIONE, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, **l'ASSICURAZIONE stessa cessa** contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'ASSICURATO, a norma dell'articolo 1898 del Codice Civile, senza obbligo per la COMPAGNIA di corrispondere l'INDENNIZZO.

Art. 34 - Attività professionali non assicurabili

Non sono assicurabili le seguenti attività professionali:

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

- tutte le attività che comportino normalmente detenzione, uso, manipolazione, trasporto di esplosivi e/o presenza in ambienti ove viene fatto uso di esplosivi.

Art. 35 - Rischi esclusi

Dall'ASSICURAZIONE sono esclusi gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'ASSICURATO è privo della prescritta e valida abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'ASSICURATO abbia, al momento del SINISTRO, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- c) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto nell'Art. 26 - Rischio volo;
- d) dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard;
- e) dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'INFORTUNIO si verifichi durante gare e/o competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- h) da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- i) dallo svolgimento di attività militari;
- j) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dal precedente Art. 25 - Eventi garantiti, lettera e);
- k) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Dall'ASSICURAZIONE sono altresì esclusi:

- l) le conseguenze dell'INFORTUNIO che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- m) le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo regolate dall'Art. 25 - Eventi garantiti, lettera p);
- n) gli avvelenamenti, salvo quanto previsto dall'Art. 25 - Eventi garantiti, lettera h), e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di INFORTUNIO, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da INFORTUNIO;
- o) le rotture sottocutanee dei tendini salvo quanto indicato nell'Art. 31 - Rottura sottocutanea dei tendini;
- p) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- q) le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- r) gli infortuni derivanti da calamità naturali, salvo quanto previsto dall'Art. 32 - Calamità naturali.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 36 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.

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

Tabella A - Garanzie infortuni

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia//minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Lesioni da sforzo (art. 25, punto p)	-	Fino al 10% della Somma assicurata
Perdita anno scolastico a seguito di Infortunio (art. 27)	Max 20 anni	€ 1.500,00 per annualità assicurativa e per ASSICURATO
Annullamento attività ricreative (art. 28)	Franchigia € 50,00	€ 500,00 per annualità assicurativa e per ASSICURATO
Sicurezza infortuni (art. 29)	Lettera a) IP > 60%	- € 10.000,00 per sinistro e annualità assicurativa in caso di scippo e rapina - € 2.000,00 per sinistro e annualità assicurativa in caso di violenza fisica
Rottura sottocutanea dei tendini (art. 31)	-	Indennizzo forfettario di € 1.000,00 per sinistro
Calamità naturali (art. 32)	Franchigia 10% su IP	50% della Somma assicurata con limite € 250.000,00 per ogni persona assicurata.

COSA È ASSICURATO**Art. 37 - Invalidità permanente da infortunio**

L'ASSICURAZIONE corrisponde un INDENNIZZO in caso di INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO totale o parziale applicando le franchigie così come riportato all'Art. 38 - Franchigia sulla invalidità permanente.

Art. 38 - Franchigia sull'invalidità permanente^[3]

L'ASSICURAZIONE viene prestata con l'applicazione della seguente FRANCHIGIA:

Somma assicurata fino € 400.000 (quattrocentomila):

- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è pari o inferiore al 5% non verrà erogato nessun INDENNIZZO;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è superiore al 5% e inferiore al 10% l'INDENNIZZO è erogato con una FRANCHIGIA del 5%;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è accertato in una percentuale pari o superiore al 10% e inferiore al 60% non si applica alcuna FRANCHIGIA e l'INDENNIZZO viene erogato in pari misura alla percentuale di invalidità;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE pari o superiore al 60% l'INDENNIZZO viene corrisposto al 100%.

Per la somma assicurata da € 400.001 (quattrocentomilauno) e fino a € 1.000.000 (un milione), sull'eccedenza:

- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è inferiore al 10% non verrà erogato nessun INDENNIZZO;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE è pari o superiore al 10% e inferiore al 60% l'Indennizzo è erogato con una FRANCHIGIA del 10%;
- se il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE pari o superiore al 60% l'INDENNIZZO viene corrisposto al 100%.

Art. 39 - Cumulo indennità

Qualora l'ASSICURATO acquisti anche la garanzia 2.2 - Morte da infortunio, se dopo il pagamento dell'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE e in conseguenza di questo, l'ASSICURATO muore, la COMPAGNIA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'INDENNIZZO pagato e la SOMMA ASSICURATA per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 40 - Decesso indipendente da infortunio

L'ASSICURAZIONE, se l'ASSICURATO muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'INDENNIZZO per INVALIDITÀ PERMANENTE sia stato pagato, corrisponde ai beneficiari legittimi l'importo, già concordato o determinato, sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'ASSICURATO.

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

Art. 41 - Danni estetici

[3]: Ho subito un infortunio a seguito del quale mi è stata riscontrata un'invalidità permanente del 7%, a quanto ammonta il mio indennizzo? Somma assicurata Invalidità Permanente: € 100.000,00 Invalidità permanente del 7%. Franchigia sulla invalidità permanente del 5% che si elimina al 10% Indennizzo -> 7% - 5% franchigia = 2%. Pari a € 2.000,00 (2% di € 100.000,00)

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

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

La presente garanzia non opera per i GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI i riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Art. 42 - Adattamento abitazione

L'ASSICURAZIONE, nel caso in cui il SINISTRO determini all'ASSICURATO una INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO di grado pari o superiore al 60%, e si renda necessario far realizzare alcuni adattamenti all'abitazione abituale dell'ASSICURATO perché possa continuare ad abitarla (per esempio: installazione rampe di accesso, allargamento porta, ecc.), riconosce un rimborso **fino a € 10.000,00 (diecimila) per SINISTRO e annualità assicurativa** dietro presentazione della documentazione attestante i lavori eseguiti.

La garanzia si intende operante anche per gli interventi di adattamento alle parti comuni.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 16 - Limiti di età, 33 - Persone non assicurabili, 34 - Attività professionali non assicurabili, 35 - Rischi esclusi.

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

Tabella B - Invalidità permanente da infortunio Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invalidità permanente da infortunio (art. 37)	Fino € 400.000: franchigia 5% Per la somma da € 400.001: franchigia 10%	Fino € 400.000: - inferiore al 10% – franchigia 5% - dal 10% – nessuna franchigia - accertata pari o superiore al 60% – l'indennizzo viene corrisposto al 100% Per la somma da € 400.001: - superiore al 10% e inferiore al 60% ◊ franchigia 10% - accertata pari o superiore al 60% ◊ l'indennizzo viene corrisposto al 100%
Danni estetici (art. 41)	-	3% somma assicurata con massimo € 5.000,00
Adattamento abitazione (art. 42)	IP > 60%	indennizzo forfettario € 10.000,00 per sinistro e annualità assicurativa

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 43 - Morte

L'ASSICURAZIONE corrisponde ai beneficiari, in caso di decesso dell'ASSICURATO per INFORTUNIO, la SOMMA ASSICURATA indicata in POLIZZA.

Art. 44 - Morte presunta

L'ASSICURAZIONE, se la salma dell'ASSICURATO non viene ritrovata, provvede alla liquidazione della SOMMA ASSICURATA indicata in POLIZZA dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

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

Art. 45 - Morte a causa di rapina o sequestro

In caso di morte a causa di rapina, tentata rapina o tentativo di sequestro, la SOMMA ASSICURATA in caso di morte sarà maggiorata del 20% **con il limite massimo di € 25.000,00 (venticinquemila) per ASSICURATO.**

Art. 46 - Commorienza del coniuge

Se lo stesso INFORTUNIO causa il decesso dell'ASSICURATO e quello del coniuge, la SOMMA ASSICURATA verrà corrisposta con la maggiorazione del 100% e **con il limite massimo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila) per SINISTRO** a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'ASSICURATO e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide con una percentuale pari o superiore al 75%). Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni stipulato con la COMPAGNIA, in cui risulti ASSICURATO anche il coniuge, **il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila) per evento.**

Art. 47 - Stato comatoso irreversibile

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile a termini di POLIZZA che abbia comportato uno STATO COMATOSO IRREVERSIBILE che si sia **protratto per un periodo ininterrotto di 180 (centottanta) giorni consecutivi**, ferma la denuncia di SINISTRO attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello STATO COMATOSO come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, corrisponderà l'INDENNIZZO previsto per il caso morte, secondo i criteri indicati all'Art. 118 - Criteri di indennizzabilità per morte per STATO COMATOSO IRREVERSIBILE della Sezione 6 - Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Art. 48 - Cumulo dell'indennità

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

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 16 - Limiti di età, 33 - Persone non assicurabili, 34 - Attività professionali non assicurabili, 35 - Rischi esclusi.

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

Tabella C - Morte da Infortunio

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Morte (art. 43)	-	Somma indicata in polizza
Morte a causa di rapina o sequestro (art. 45)	-	Maggiorazione del 20% con il limite di € 25.000,00 per assicurato
Commorienza del coniuge (art. 46)	-	Limite massimo € 250.000,00 se presenti figli minori o con handicap
Stato comatoso irreversibile (art. 47)	Da protrarsi per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi	Somma indicata in polizza

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 49 - Diaria da ricovero da infortunio

L'ASSICURAZIONE corrisponde, in caso di RICOVERO per INFORTUNIO dell'ASSICURATO in ISTITUTO DI CURA, un'indennità giornaliera indicata in POLIZZA per ciascun giorno di degenza. **La durata massima del RICOVERO è di 90 (novanta) giorni per evento e di 300 (trecento) giorni per annualità assicurativa e per ASSICURATO.** In caso di degenza conseguente a un RICOVERO importante, la diaria viene raddoppiata.

Gli infortuni che determinano un RICOVERO importante sono:

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

La presente garanzia non opera, salvo quanto sopra indicato, per i GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici

Tale copertura è cumulabile con la diaria da GESSATURA.

Art. 50 - Day Hospital

L'ASSICURAZIONE viene estesa in caso di DAY HOSPITAL, reso necessario da INFORTUNIO, erogando un'indennità giornaliera dello stesso importo della garanzia di cui all'Art. 49 - Diaria da Ricovero da infortunio.

La copertura non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici.

La presente garanzia non opera per i GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Tale copertura è cumulabile con la diaria da GESSATURA.

Art. 51 - Diaria da convalescenza post ricovero

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

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

Tale copertura è cumulabile con la diaria da GESSATURA.

Art. 52 - Diaria da immobilizzazione o gessatura

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

Viene riconosciuta la diaria per GESSATURA, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. **Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.**

Per la frattura completa della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in POLIZZA per una durata forfettaria di 20 (venti) giorni per ASSICURATO.

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

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

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

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

Tale copertura è cumulabile con le diarie di cui agli artt. precedenti, sezione 2.3 - Diaria da ricovero da infortunio.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 16 - Limiti di età, 33 - Persone non assicurabili, 34 - Attività professionali non assicurabili, 35 - Rischi esclusi.

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

Tabella D - Diaria da Ricovero da infortunio Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Diaria da Ricovero da infortunio (art. 49)	-	Max 300 giorni per infortunio
Day Hospital (art. 50)	-	Diaria dello stesso importo della "Diaria da ricovero da infortunio"
Diaria da Convalescenza post ricovero (art. 51)	3 giorni	Max 30 giorni per evento e per la metà dei giorni del ricovero
Diaria da immobilizzazione o gessatura (art. 52)	-	Max 50 giorni per Assicurato Max 20 giorni per la frattura completa della costola per assicurato

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO**Art. 53 - Rimborso spese di cura a seguito di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale**

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile fino alla concorrenza della SOMMA ASSICURATA, per ASSICURATO e per annualità assicurativa provvede al rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute e documentate relative a:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti al RICOVERO o alla data dell'INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il RICOVERO;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)** effettuati nei giorni successivi alla cessazione del RICOVERO o alla data di INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale. Per queste spese il rimborso viene riconosciuto fino al massimo **del 30% della SOMMA ASSICURATA**;
- tickets relativi alle prestazioni di cui ai punti precedenti;
- interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisionomica successivi all'INFORTUNIO. **Tale rimborso non è cumulabile con quanto previsto dall'Art. 41 - Danni estetici per i danni al viso.**

La garanzia è prestata con uno **SCOPERTO pari al 10%** della spesa documentata e con **il minimo di € 50,00 (cinquanta) per ogni SINISTRO e solo per la parte di spese che non risultano a carico del S.S.N.**

La presente garanzia non opera per i Grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Art. 54 - Rimborso spese di cura in assenza di ricovero o Intervento chirurgico ambulatoriale

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile fino alla concorrenza della SOMMA ASSICURATA, provvede al rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute e documentate relative a:

- accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera)**, effettuati nei giorni successivi all'INFORTUNIO.

La garanzia è prestata con uno **SCOPERTO pari al 10%** della spesa documentata e con **il minimo di € 50,00 (cinquanta) per ogni SINISTRO e solo per la parte di spese che non risultano a carico del S.S.N.**

Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della SOMMA ASSICURATA. Vengono comunque escluse le spese osteopatiche e omeopatiche.

La presente garanzia non opera per i Grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Art. 55 - Rimborso spese per cure e protesi dentarie da infortunio

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile, fino alla concorrenza della SOMMA ASSICURATA, provvede al rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute e documentate:

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

Tali spese vengono rimborsate con il **limite del 30%** della SOMMA ASSICURATA **e solo per la parte di**

spese che non risultano a carico del S.S.N.

Art. 56 - Rimborso attrezzature medico chirurgiche

L'ASSICURAZIONE, in caso di INFORTUNIO indennizzabile che renda necessarie all'ASSICURATO una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito;

rimborso le spese relative al noleggio o all'acquisto delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 500,00 (cinquecento) per SINISTRO e per ASSICURATO**, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'ASSICURATO stesso.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 16 - Limiti di età, 33 - Persone non assicurabili, 34 - Attività professionali non assicurabili, 35 - Rischi esclusi.



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

Tabella E - Rimborso spese sanitarie da infortunio

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Rimborso spese di cura a seguito di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale (art. 53)	Scoperto 10%, minimo di € 50,00	<u>Accertamenti diagnostici</u> : nel 120 gg precedenti al ricovero <u>Esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche</u> : Fino 30% somma assicurata
Rimborso spese di cura in assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale (art. 54)	Scoperto 10%, minimo di € 50,00	Fino 30% somma assicurata
Rimborso spese per cure e protesi dentarie da infortunio (art. 55)	-	Fino 30% somma assicurata
Rimborso attrezzature medico chirurgiche (art. 56)	-	Fino € 500,00 per sinistro e per assicurato

COSA È ASSICURATO

Art. 57 - Oggetto della garanzia^[4]

L'ASSICURAZIONE ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie sotto elencate e meglio descritte di seguito:

- 3.1 - Invalidità permanente da malattia (operante solo se richiamata in POLIZZA);
- 3.2 - Diaria da ricovero da malattia (operante solo se richiamata in POLIZZA se presente la garanzia 2.3 - Diaria da ricovero da infortunio);
- 3.3 - Rimborso spese sanitarie da malattia (operante solo se richiamata in POLIZZA se presente la garanzia 2.4 - Rimborso spese sanitarie da infortunio).

L'ASSICURAZIONE opera a seconda delle garanzie scelte e indicate nel contratto ed è prestata per le malattie che l'ASSICURATO contrae successivamente a quanto stabilito dall'Art. 15 - Termini di aspettativa.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 58 - Persone non assicurabili^[5]

Premesso che la COMPAGNIA, qualora al momento della stipulazione della POLIZZA fosse stata a conoscenza che l'ASSICURATO era **affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV** (salvo quanto diversamente indicato all'Art. 15 - Termini di aspettativa) non avrebbe acconsentito a prestare l'ASSICURAZIONE, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, **l'ASSICURAZIONE stessa cessa** contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'ASSICURATO, a norma dell'articolo 1898 del Codice Civile, senza obbligo per la COMPAGNIA di corrispondere l'INDENNIZZO.

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

II CONTRAENTE, in fase di emissione della POLIZZA, **deve confermare** che nessun ASSICURATO, ha subito accertamenti diagnostici con esiti positivi, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più delle seguenti malattie:

- epilessia o sindromi epilettoidi;
- vasculopatia cerebrale;
- malattie del sistema nervoso centrale o periferico;
- disturbi psichici rilevanti;
- asma o enfisema polmonare;
- infarto, coronaropatie, valvulopatie, angina pectoris, ipertensione arteriosa;
- steatosi epatica o cirrosi;
- epatite virale;
- ulcera gastrica;
- colite ulcerosa;
- morbo di crohn;
- nefriti o nefrosi;
- diabete e sue complicazioni;
- malattie del sistema endocrino;

 [4]: Ricorda che per questa garanzia è previsto un adeguamento del premio in funzione dell'età come previsto dall'Art. 66 - Adeguamento del premio per la garanzia invalidità permanente da malattia che trovi nelle norme che regolano la sezione 2.1 - Invalidità Permanente da infortunio

 [5]: Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 (c.d. "Oblio Oncologico") ed eventuali successive modificazioni, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva. Qualora fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

- malattie del sangue;
- malattie del connettivo;
- neoplasie in genere e relative recidive nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge del 7 dicembre 2023, n. 193 (c.d. "Oblio Oncologico") ed eventuali successive modificazioni;
- artrite reumatoide;
- immunodeficienza acquisita (HIV).

Art. 59 - Rischi esclusi^[6]

L'ASSICURAZIONE non è operante per:

- 1) le conseguenze dirette di 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 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 3) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 5) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da MALATTIA o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto;
- 6) i ricoveri e i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- 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;
- 10) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 11) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 12) 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;
- 13) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 14) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- 15) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 60 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.



[6]: Ricorda, inoltre, che per questa garanzia sono previsti 90 giorni di carenza come abbiamo specificato all'Art. 15 - termini di aspettativa che trovi nelle norme che regolano il contratto in generale

3.1

Invalidità permanente da malattia

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 61 - Invalidità permanente da malattia

L'ASSICURAZIONE eroga un INDENNIZZO, calcolato sulla SOMMA ASSICURATA per INVALIDITÀ PERMANENTE in proporzione al grado d'invalidità individuato secondo quanto previsto dall'Art. 122 - Modalità di valutazione per il calcolo dell'INDENNIZZO per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA, in base alle seguenti modalità:

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

Grado Invalidità permanente accertata	Indennizzo	Grado Invalidità permanente accertata	Indennizzo
1 - 24	0	-	-
25	3	46	42
26	4	47	44
27	6	48	46
28	8	49	48
29	10	50	50
30	12	51	53
31	14	52	56
32	16	53	59
33	18	54	62
34	20	55	65
35	22	56	68
36	24	57	71
37	26	58	74
38	28	59	77
39	29	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	66-100	100

Art. 62 - Accertamento dell'invalidità permanente da malattia

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

Art. 63 - Decesso anteriore al pagamento

L'ASSICURAZIONE, se l'ASSICURATO decede prima che l'INDENNIZZO per l'INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA sia stato pagato, liquida ai beneficiari l'importo determinabile sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso.

Art. 64 - Rimborso per parrucche a seguito di cure chemioterapiche

L'ASSICURAZIONE, a seguito di INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA indennizzabile a termini di POLIZZA, che renda necessario all'ASSICURATO l'acquisto o il noleggio di una parrucca a seguito di terapie chemioterapiche, rimborsa le spese relative al noleggio o all'acquisto, **fino alla concorrenza di € 500,00 (cinquecento) per SINISTRO e annualità assicurativa**, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'ASSICURATO stesso.

Art. 65 - Adattamento abitazione

L'ASSICURAZIONE, nel caso in cui il SINISTRO determini all'ASSICURATO una INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA di grado pari o superiore al 60%, e si renda necessario far realizzare alcuni adattamenti all'abitazione abituale dell'ASSICURATO perché possa continuare ad abitarla (per esempio: installazione rampe di accesso, allargamento porta, ecc.), riconosce un rimborso **fino a € 10.000,00 (diecimila) per SINISTRO e annualità assicurativa** dietro presentazione della documentazione attestante i lavori eseguiti.

La garanzia si intende operante anche per gli interventi di adattamento alle parti comuni.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Art. 16 - Limiti di età, 34 - Attività professionali non assicurabili, 58 - Persone non assicurabili, 59 - Rischi esclusi.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 66 - Adeguamento del premio

Il PREMIO della garanzia 3.1 - INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione dell'età dell'ASSICURATO nei termini previsti nella tabella di seguito riportata:

Età dell'ASSICURATO	Adeguamento del PREMIO
Fino a 25 anni	Nessun adeguamento di PREMIO
Da 26 a 64 anni	Adeguamento annuo del PREMIO in misura dell'8% annuo

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

Tabella F - Invalidità permanente da malattia

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invalidità permanente da malattia (art. 61)	Fino al 24%	Nessun indennizzo
Invalidità permanente da malattia (art. 61)	Dal 25%	indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alla tabella
Rimborso per parrucche a seguito di cure chemioterapiche (art. 64)	-	Rimborso fino € 500,00
Adattamento abitazione (art. 65)	IP > 60%	Rimborso fino € 10.000,00

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 67 - Diaria da ricovero da malattia

L'ASSICURAZIONE corrisponde, in caso di RICOVERO per MALATTIA dell'ASSICURATO in ISTITUTO DI CURA con o senza INTERVENTO CHIRURGICO reso necessario da MALATTIA o parto, un'indennità giornaliera, indicata in POLIZZA, per ciascun giorno di degenza. **La durata massima del RICOVERO è di 90 (novanta) giorni per evento e di 300 (trecento) giorni per annualità assicurativa e per ASSICURATO.**

In caso di degenza conseguente a un RICOVERO importante, la diaria viene raddoppiata.

Le malattie che determinano un RICOVERO importante sono:

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

La presente garanzia non opera, salvo quanto sopra indicato, per i Grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Art. 68 - Day Hospital

L'ASSICURAZIONE viene estesa in caso di DAY HOSPITAL, reso necessario da MALATTIA, erogando un'indennità giornaliera dello stesso importo della garanzia di cui all'Art. 67 - Diaria da ricovero da malattia.

La copertura non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici.

La copertura non opera in caso di parto naturale.

La presente garanzia non opera per i grandi interventi chirurgici riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

Art. 69 - Diaria da convalescenza post ricovero

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

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

La copertura non opera in caso di parto naturale.

La presente garanzia non opera per i GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Art. 16 - Limiti di età, 34 - Attività professionali non assicurabili, 58 - Persone non assicurabili, 59 - Rischi esclusi.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 70 - Adeguamento del premio

Il PREMIO della garanzia 3.2 - Diaria da RICOVERO da MALATTIA viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione della fascia di età dell'ASSICURATO. A titolo di esempio si riportano i premi per le fasce d'età con SOMMA ASSICURATA della garanzia pari a € 50,00 (cinquanta) che permettono di verificare la progressione dei premi:

Fasce d'età	Esempio premio annuo lordo
0 - 17	€ 60,00
18 - 45	€ 120,00
46 - 60	€ 196,00
61 - 64	€ 268,00
66 - 70	€ 322,00
71 - 75	€ 421,00
76 - 80	€ 475,00

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

Tabella G - Diaria da ricovero da malattia

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Diaria da ricovero da malattia (art. 67)	-	Max 300 giorni per Infortunio
Day Hospital (art. 68)	-	Diaria dello stesso importo della "Diaria da ricovero da malattia"
Diaria da convalescenza post ricovero (art. 69)	3 giorni	Max 30 giorni per evento e per la metà dei giorni del ricovero

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO

Art. 71 - Rimborso spese sanitarie da malattia

L'ASSICURAZIONE, in caso di RICOVERO dell'ASSICURATO in ISTITUTO DI CURA ovvero di INTERVENTO CHIRURGICO reso necessario a causa di MALATTIA, rimborsa fino alla concorrenza della SOMMA ASSICURATA indicata in POLIZZA per ASSICURATO e per annualità assicurativa le spese sostenute per:

- a) esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuate nei 120 (centoventi) giorni precedenti il RICOVERO o l'intervento;
- b) esami, visite specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse carrozzelle ortopediche) cure termali, effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi alla data dell'intervento o alle dimissioni dal RICOVERO.

Le spese di cui sopra devono essere direttamente inerenti alla MALATTIA che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

La garanzia è prestata con uno SCOPERTO 10% e minimo € 50,00 (cinquanta).

La presente garanzia non opera per i GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI riportati nell'Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Artt. 16 - Limiti di età, 34 - Attività professionali non assicurabili, 58 - Persone non assicurabili, 59 - Rischi esclusi.



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

Tabella H - Rimborso spese sanitarie da Malattia

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Rimborso spese sanitarie da malattia (art. 71)	scoperto 10%, minimo di € 50,00	PRE RICOVERO esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche nei 120 prima del ricovero
Rimborso spese sanitarie da malattia (art. 71)	scoperto 10%, minimo di € 50,00	POST RICOVERO esami, visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari nel 120 prima del ricovero

(operante solo se richiamata in polizza)

COSA È ASSICURATO**Art. 72 - Oggetto della garanzia**

L'ASSICURAZIONE opera per i Grandi interventi chirurgici presenti nell'Allegato 2. La garanzia è prestata da UNISALUTE.

Art. 73 - Somma assicurata

L'ASSICURAZIONE prevede la scelta di una SOMMA ASSICURATA annua complessiva, riferita a ciascun ASSICURATO e definita in POLIZZA, differenziata tra formula base e formula plus. La scelta della formula viene effettuata all'atto di acquisto e riportata in POLIZZA.

Le prestazioni previste dalla garanzia differiscono solo per le somme assicurate scelte in fase di sottoscrizione e di seguito riportate:

Descrizione	Formula base	Formula plus
Grandi interventi chirurgici	€ 50.000,00	€ 100.000,00
Spese pre e post intervento	€ 3.000,00	€ 7.000,00

La scelta della formula da parte del primo ASSICURATO vale per tutti gli assicurati di POLIZZA che hanno acquistato la garanzia Grandi Interventi Chirurgici - spese pre e post.

Art. 74 - Ricovero in un istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC)

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO in conseguenza di INFORTUNIO o MALATTIA che abbiano reso necessario un RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC); UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni, in base alla scelta fatta dal CONTRAENTE all'atto di stipula della POLIZZA:

- GRANDE 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.
- Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di RICOVERO. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati durante il RICOVERO relativo al GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO.

- 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 € 400,00 (quattrocento) al giorno.
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura convenzionata (Assistenza diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UNISALUTE;

- Accompagnatore: l'ASSICURATO **deve preventivamente comunicare** alla struttura sanitaria convenzionata e a UNISALUTE, la presenza di un accompagnatore. La struttura sanitaria convenzionata verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore e UNISALUTE provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'ISTITUTO DI CURA. In caso di mancata disponibilità per l'accompagnatore da parte della struttura sanitaria convenzionata, oppure in caso di RICOVERO in ISTITUTO DI CURA non convenzionato con UNISALUTE, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute **nel limite di € 75,00 (settantacinque) al giorno per un**

massimo di 30 (trenta) giorni per RICOVERO.

e) Assistenza infermieristica privata individuale: la garanzia viene prestata **nel limite di € 75,00 (settantacinque) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni** esclusivamente durante il periodo di RICOVERO. **La presente garanzia viene prestata esclusivamente previo contatto con UNISALUTE.**

Art. 75 - Spese pre e post intervento

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO in conseguenza di INFORTUNIO o MALATTIA che abbiano reso necessario un RICOVERO in ISTITUTO DI CURA; UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni, in base alla scelta fatta dal cliente all'atto di stipula della POLIZZA:

a) Pre-ricovero:

è previsto il rimborso degli esami, degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che hanno determinato il RICOVERO. **La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.**

b) Post-ricovero:

Sono previsti in garanzia 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 120 (centoventi) 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. **I medicinali previsti in copertura sono prestati in forma esclusivamente rimborsuale.**

Art. 76 - Trasporto sanitario per Grande intervento chirurgico (GIC)

UNISALUTE 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 a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per RICOVERO.

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

Art. 77 - Day Hospital per Grande intervento chirurgico (GIC)

In caso di DAY HOSPITAL, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le prestazioni definite agli Artt.:

- Art. 74 - Ricovero in un istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC);
- Art. 76 - Trasporto sanitario per Grande intervento chirurgico (GIC).

Per entrambe le prestazioni valgono i limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 78 - Intervento chirurgico ambulatoriale per Grande intervento chirurgico (GIC)

Nel caso di INTERVENTO CHIRURGICO ambulatoriale, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera a);
- Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera b);
- Art. 75 - Spese pre e post intervento, lettera a);
- Art. 75 - Spese pre e post intervento, lettera b);
- Art. 76 - Trasporto sanitario per Grande intervento chirurgico (GIC);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 79 - Trapianti

Nel caso di RICOVERO per trapianto di organi o di parte di essi, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese previste dagli Artt. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC) e 76 - Trasporto sanitario per Grande intervento chirurgico (GIC), con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell'organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall'Art. 75 - Spese pre e post intervento, lettera a), durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto, **esclusivamente in formula rimborsuale**.

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:

- Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera a) e b);
- Art. 75 - Spese pre e post intervento;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 80 - Indennità sostitutiva per Grande intervento chirurgico (GIC)

a) Durante il RICOVERO

Qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso a UNISALUTE per le prestazioni ricevute durante il periodo di RICOVERO, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero di **€ 150,00 (centocinquanta) per ogni giorno di RICOVERO per un massimo di 100 (cento) giorni per RICOVERO**.

Oltre al pagamento dell'indennità sostitutiva, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni previste dall'Art. 75 - Spese pre e post intervento, senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. 83 - Modalità di erogazione delle prestazioni per Grande intervento chirurgico e assoggettate a un **massimo di € 2.000,00 (duemila) per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO**.

b) DAY HOSPITAL

Nel caso di RICOVERO in regime di DAY HOSPITAL, l'importo giornaliero della diaria si intende di **€ 150,00 (centocinquanta)**.

Art. 81 - Ospedalizzazione domiciliare

UNISALUTE, **tramite la propria rete convenzionata**, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, **per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni**, per RICOVERO indennizzabile a termini di POLIZZA, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UNISALUTE concorderà il programma medico/riabilitativo con l'ASSICURATO **secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse**, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 (diecimila) per ASSICURATO e annualità assicurativa.

COSA NON È ASSICURATO

Si rimanda agli Art. 16 - Limiti di età, 34 - Attività professionali non assicurabili, 58 - Persone non assicurabili, 59 - Rischi esclusi.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 82 - Adeguamento del premio

Il PREMIO della garanzia prevista dalla Sezione 4- Grandi Interventi Chirurgici - spese pre e post viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione della fascia di età dell'ASSICURATO. A titolo di esempio si riportano i premi per le fasce d'età con SOMMA ASSICURATA della garanzia pari a € 50.000,00 (cinquantamila) che permettono di verificare la progressione dei premi:

Fasce d'età	Esempio Premio annuo lordo
0 - 9	€ 97,00
10 - 19	€ 116,00
20 - 29	€ 160,00
30 - 39	€ 213,00
40 - 49	€ 298,00
50 - 59	€ 334,00
60 - 64	€ 349,00

Art. 83 - Modalità di erogazione delle prestazioni per Grande intervento chirurgico (GIC)

a) GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UNISALUTE ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA, **a eccezione** delle seguenti:

- Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (GIC), lettera e);

-Art. 75 - Spese pre e post intervento, lettera a);

a) Art. 76 - Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (GIC);

che vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti previsti ai punti indicati.

La garanzia di cui all'Art. 81 - Ospedalizzazione domiciliare viene liquidata alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti.

b) GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UNISALUTE.

In questo caso le spese relative al GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) vengono rimborsate all'ASSICURATO con uno **SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 (mille)**a eccezione delle seguenti:

- Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera c);

a) Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera d);

b) Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera e);

c) Art. 76 - Trasporto sanitario per Grande intervento chirurgico (GIC);

che vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di RICOVERO in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di Assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'Art. 80 - Indennità sostitutiva per Grande intervento chirurgico (GIC), punto a).

Qualora l'ASSICURATO sostenga durante il RICOVERO delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UNISALUTE rimborserà integralmente quanto anticipato dall'ASSICURATO nei limiti previsti all'Art. 74 - Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico (GIC), lettera c), in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il RICOVERO avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'ASSICURATO, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'Art. 132 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta.

Art. 84 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale per il mondo intero.

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

Tabella I - Grandi Interventi chirurgici - spese pre e post Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo Indennizzo
Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art.74): a) Intervento chirurgico	-	Differente in base alla formula selezionata in fase di sottoscrizione
Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 74): b) Assistenza medica, medicinali e cure	-	Differente in base alla formula selezionata in fase di sottoscrizione
Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 74) c) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata massimo € 400,00 al giorno
Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 74) d) accompagnatore	-	€ 75,00 al giorno per massimo 30 gg in Assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In Assistenza diretta rientra nel massimale.
Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 74) e) Assistenza infermieristica privata individuale	-	€ 75,00 al giorno per massimo 30 gg durante il ricovero
Spese pre e post intervento (art. 75) a) pre - Ricovero	120 gg precedenti al ricovero	Differente in base alla formula selezionata in fase di sottoscrizione
Spese pre e post intervento (art. 75) b) post - Ricovero	120 gg successivi al ricovero	Differente in base alla formula selezionata in fase di sottoscrizione
Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 76)	-	€ 1.500,00 per ricovero
Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 80): a) durante il ricovero		€ 150,00 per ricovero per massimo 100 giorni con il limite di € 2.000,00 per annualità assicurativa e ciascun assicurato
Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico (GIC) (art. 80): b) day hospital		€ 150,00 al giorno
Ospedalizzazione domiciliare (GIC) (art. 81)	120 gg successivi al ricovero	€ 10.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

COSA È ASSICURATO**Art. 85 - Oggetto della garanzia Assistenza**

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

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

Parte A - Prevenzione e diagnosi**Art. 86 - Consulenza medica**

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

Art. 87 - Consulenza cardiologia

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

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

Art. 88 - Consulenza ginecologica

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

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

Art. 89 - Consulenza pediatria

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

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

Art. 90 - Consulenza geriatria

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

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

Art. 91 - Consulenza neurologica

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

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

Art. 92 - Consulenza ortopedica

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

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

Art. 93 - Guida alla struttura sanitaria

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

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

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

Parte B - Cura e post cura

Art. 94 - Invio di un'autoambulanza e/o medico al domicilio

Qualora, in seguito a MALATTIA e/o INFORTUNIO, l'ASSICURATO:

- a) **necessitasse di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino**, la CENTRALE OPERATIVA organizzerà il trasferimento dell'ASSICURATO stesso in autoambulanza.

La garanzia è operante esclusivamente nel caso di parere medico che ritenga indispensabile l'uso dell'autoambulanza, **ma non come primo soccorso per cui dovrà essere sempre attivato il 118.**

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

- b) **necessitasse di sottoporsi a una visita medica**, la CENTRALE OPERATIVA provvederà, con spese a proprio carico, a inviare presso il domicilio dell'ASSICURATO uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la CENTRALE OPERATIVA organizzerà il trasferimento dell'ASSICURATO in autoambulanza al centro di pronto soccorso più vicino. La prestazione è fornita: dalle ore 20:00 alle ore 8:00 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

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

La garanzia è operante solo nel territorio italiano.

Art. 95 - Invio di un infermiere al domicilio

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

La CENTRALE OPERATIVA procurerà direttamente all'ASSICURATO un infermiere a tariffa convenzionata fino a 3 (tre) giorni consecutivi.

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

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

Art. 96 - Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'ASSICURATO, causato da MALATTIA e/o INFORTUNIO avvenuti all'estero, la **CENTRALE OPERATIVA provvede all'organizzazione** del rimpatrio della salma nel **limite di € 1.500,00 (millecinquecento) per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Parte C - Accesso network salute

Art. 97 - Ricerca e prenotazione centri ospedalieri

Qualora l'ASSICURATO, debba sottoporsi a un RICOVERO per un intervento o una terapia, potrà telefonare alla CENTRALE OPERATIVA, che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, provvederà a individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia, Europa e Nord America.

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

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

Art. 98 - Trasferimento in un centro ospedaliero

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

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

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla CENTRALE OPERATIVA. La CENTRALE OPERATIVA terrà a proprio carico i relativi costi.

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

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

Art. 99 - Rientro dal centro ospedaliero

Qualora l'ASSICURATO venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio in quanto non autonomo, la CENTRALE OPERATIVA provvederà a organizzare il rientro dell'ASSICURATO con il mezzo che i medici della CENTRALE OPERATIVA d'intesa con i medici curanti riterranno più idoneo alle condizioni di salute dell'ASSICURATO:

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

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla CENTRALE OPERATIVA.

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

Art. 100 - Consegna esiti a domicilio

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di MALATTIA IMPROVVISA e/o INFORTUNIO certificato dal proprio medico curante, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la CENTRALE OPERATIVA provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'ASSICURATO o al medico da lui indicato.

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

Il costo degli accertamenti è a carico dell'ASSICURATO.

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

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

Art. 101 - Consegna medicinali salvavita a domicilio

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di prescrizione medica, abbia bisogno di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la

CENTRALE OPERATIVA, dopo aver ritirato la relativa ricetta dall'ASSICURATO, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'ASSICURATO.

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

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

Art. 102 - Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche

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

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

La prestazione è operante solo nel territorio italiano.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 103 - Rischi esclusi

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

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

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

Per la garanzia di cui all'Art. 98 - Trasferimento in un centro ospedaliero in aggiunta ai rischi esclusi di cui sopra, **sono escluse dalla prestazione:**

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della CENTRALE OPERATIVA, possono essere curate nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza;
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'organizzazione ospedaliera.

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

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 104 - Estensione territoriale

Si rimanda a quanto specificato nelle singole prestazioni.

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

Tabella L - Assistenza

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

	Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo Indennizzo
Parte A - Prevenzione e diagnosi	Tutte le garanzie	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Parte B - Cura e post cura	Invio di un' autambulanza a domicilio (art. 94)	-	
Parte B - Cura e post cura	Invio di un infermiere a domicilio (art. 95)	Tariffa controllata a carico del cliente € 50,00 al giorno	Max 3 giorni consecutivi
Parte B - Cura e post cura	Rimpatrio della salma (art. 96)	Fino € 1.500,00 per assicurato e per annualità assicurativa	Fino € 1.500,00 per assicurato e per annualità assicurativa
Parte C - Accesso network salute	Ricerca e prenotazione centri ospedalieri (art. 97)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Parte C - Accesso network salute	Trasferimento in un centro ospedaliero (art. 98)	Dal giorno di decorrenza per infortunio Dal 120° giorno di decorrenza per malattia improvvisa	-
Parte C - Accesso network salute	Rientro dal centro ospedaliero (art. 99)	Treno in prima classe e occorrendo vagone letto Autambulanza	Se necessaria a seguito di "Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia"
Parte C - Accesso network salute	Consegna esiti a domicilio (art. 100)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Parte C - Accesso network salute	Consegna medicinali salvavita a domicilio (art. 101)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Parte C - Accesso network salute	Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche (art. 102)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa

Art. 105 - Denuncia del sinistro

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

Art. 106 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

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

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

Art. 107 - Inadempimento degli obblighi

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

Art. 108 - Limite di indennizzo

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

Art. 109 - Pagamento dell'indennizzo

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

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

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

Art. 110 - Valutazione del danno - Arbitrato tecnico

L'INDENNIZZO è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli della presente sezione. Le eventuali **controversie di natura medica** sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, possono essere **demandate per iscritto**, se una parte lo richiede e l'altra vi acconsente, **a 2 (due) medici, nominati uno per parte**, che si riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'ASSICURATO, sede di Istituto di medicina legale. Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, **costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico** dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

Art. 111 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi previsti dalla POLIZZA sono cumulabili tra loro tranne per il caso di morte da INFORTUNIO con INDENNIZZO per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO già liquidato.

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

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

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

Art. 112 - Mediazione

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

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2 - GARANZIE INFORTUNI

2.1 - Invalidità permanente da infortunio

Art. 113 - Calcolo dell'indennizzo

L'INDENNIZZO è calcolato moltiplicando la SOMMA ASSICURATA per la percentuale accertata di INVALIDITÀ PERMANENTE al netto dell'eventuale FRANCHIGIA, secondi i seguenti criteri:

- se l'INFORTUNIO ha come conseguenza l'INVALIDITÀ PERMANENTE totale, la COMPAGNIA corrisponde l'intera SOMMA ASSICURATA;
- se l'INFORTUNIO ha come conseguenza l'INVALIDITÀ PERMANENTE parziale, l'INDENNIZZO viene calcolato sulla SOMMA ASSICURATA in proporzione al grado di INVALIDITÀ PERMANENTE che deve essere accertata con riferimento in base allegato 1 della TABELLA INAIL.

Art. 114 - Criteri specifici di indennizzabilità per la garanzia Invalidità permanente da infortunio

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

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

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- se l'INFORTUNIO determina maggiori menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di INVALIDITÀ PERMANENTE non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'INDENNIZZO è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'ASSICURATO allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

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

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

Art. 115 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Art. 116 - Anticipo sul pagamento per invalidità permanente

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

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

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

2.2 - Morte da infortunio

Art. 117 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia Morte da infortunio

Per le prestazioni morte e Morte contemporanea del coniuge la liquidazione viene effettuata secondo le modalità e i criteri previsti rispettivamente negli Artt. 43 - Morte, 44 - Morte presunta e 46 - Commorienza del coniuge.

Art. 118 - Criteri di indennizzabilità per Morte per stato comatoso irreversibile

La SOMMA ASSICURATA per il caso di morte viene liquidata anche nel caso in cui lo STATO COMATOSO divenga irreversibile in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 (centottanta) giorni consecutivi, ferma la ulteriore denuncia del SINISTRO attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello STATO COMATOSO come certificato dalla autorità medico ospedaliera competente.

Una volta corrisposto l'INDENNIZZO ai beneficiari, l'ASSICURAZIONE cessa in ogni caso nei confronti dell'ASSICURATO che ha subito il SINISTRO, salvo quanto previsto successivamente.

L'ASSICURATO, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'INDENNIZZO ai sensi del presente articolo:

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'INDENNIZZO spettante per INVALIDITÀ PERMANENTE e la SOMMA ASSICURATA caso -morte, già liquidata ai beneficiari, qualora dall'INFORTUNIO indennizzabile residui all'ASSICURATO una INVALIDITÀ PERMANENTE che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia morte; in caso contrario la COMPAGNIA rinuncia al recupero delle somme già corrisposte;
- rinuncia a esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della COMPAGNIA, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle somme assicurate.

2.3 - Diaria da ricovero da infortunio

Art. 119 - Criteri di indennizzabilità per Diaria da ricovero da infortunio

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

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

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

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

2.4 - Rimborso spese sanitarie da infortunio

Art. 120 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia rimborso spese sanitarie da infortunio

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

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

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 3 - GARANZIE MALATTIA

3.1 - Invalidità permanente da malattia

Art. 121 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia invalidità permanente da malattia

Per la garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA, la denuncia della MALATTIA deve avvenire entro 3 (tre) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la MALATTIA stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

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

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

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

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

Art. 122 - Modalità di valutazione per il calcolo dell'indennizzo per la garanzia invalidità permanente da malattia

Il grado di INVALIDITÀ PERMANENTE viene accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella TABELLA INAIL, **con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa.**

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

Art. 123 - Decesso anteriore al pagamento

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

3.2 - Diaria da ricovero da malattia

Art. 124 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia diaria da ricovero da malattia

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

- per il RICOVERO: documento attestante l'avvenuto RICOVERO e copia della cartella clinica;
- per la CONVALESCENZA a domicilio: certificato medico ove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'ASSICURATO durante il RICOVERO.

La liquidazione viene effettuata a RICOVERO ultimato, al termine della CONVALESCENZA prescritta.

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

3.3 - Rimborso spese sanitarie da malattia

Art. 125 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia rimborso spese sanitarie da malattia

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

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 4 - GRANDE INTERVENTI CHIRURGICI - SPESE PRE E POST

Art. 126 - Denuncia del sinistro

Premesso che la COMPAGNIA ha conferito a UNISALUTE specifico mandato alla trattazione dei sinistri e 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:

- i servizi on-line o via internet www.arcassicura.it
- UNISALUTE: 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.

Ogni ASSICURATO è titolare di una propria Area Clienti, accessibile dopo aver completato la procedura di registrazione con il proprio indirizzo mail.

Il Titolare dell'Area Clienti potrà effettuare la registrazione dal sito internet di Arca Assicurazioni, www.arcassicura.it.

Art. 127 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'ASSICURATO è tenuto a:

- contattare UNISALUTE come specificato di seguito in base alla modalità di utilizzo della copertura: **Assistenza diretta e/o Assistenza indiretta**;
- mettere a disposizione di UNISALUTE ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il SINISTRO;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, documentazione insorgenza della MALATTIA, ecc.);
- fornire tutta la DOCUMENTAZIONE SANITARIA in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria a consentire a UNISALUTE le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Prestazioni sanitarie urgenti: nel caso di motivi di urgenza sanitaria certificati dalla struttura sanitaria, nell'impossibilità di contattare preventivamente UNISALUTE, l'ASSICURATO potrà comunque rivolgersi a strutture sanitarie convenzionate; le relative spese verranno liquidate con le modalità previste dagli articoli che spiegano le modalità di utilizzo dell'assistenza diretta.

Salvi i casi di urgenza, qualora l'ASSICURATO utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UNISALUTE senza avere avuto preventivamente l'autorizzazione da parte di UNISALUTE e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate negli articoli che spiegano le modalità di utilizzo dell'assistenza indiretta.

Si precisa, inoltre, che il rimborso delle spese a fine cura di quanto spettante all'ASSICURATO viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UNISALUTE della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'INDENNIZZO sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite 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, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Inoltre, **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.

Art. 128 - Gestione documentazione di spesa: estratto conto sinistri

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

UNISALUTE, 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;
- **estratto conto online.**

Art. 129 - Provincia scoperta

Qualora non risultino sul territorio strutture convenzionate nella provincia dove l'ASSICURATO è residente questi, **previa autorizzazione di UNISALUTE**, potrà effettuare la prestazione in assistenza indiretta **con il**

rimborso integrale delle spese sostenute nel limite previsto dalla garanzia.

Art. 130 - Altre assicurazioni

Qualora l'ASSICURATO abbia presentato ad altre compagnie assicurative 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. 131 - Controversie e arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da 3 (tre) medici. I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi 2 (due), o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'ASSICURATO.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Art. 132 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta

L'ASSICURATO deve sempre preventivamente contattare UNISALUTE specificando la richiesta.

L'ASSICURATO ha, inoltre, la facoltà di contattare preventivamente la struttura convenzionata e successivamente comunicare a UNISALUTE:

- struttura sanitaria,
- tipologia prestazione;
- data e ora;

ottenendo successivamente la relativa autorizzazione.

UNISALUTE, infatti, dopo aver accertato la regolarità assicurativa (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) autorizzerà la prestazione.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI in assistenza diretta: tramite strutture sanitarie convenzionate

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.

UNISALUTE 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 UNISALUTE 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.

Art. 133 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza indiretta

L'ASSICURATO può scegliere di optare per una struttura o un medico non convenzionato e rivolgersi a UNISALUTE per ottenere il rimborso nei limiti previsti dalla POLIZZA.

a) Grandi interventi chirurgici in Assistenza indiretta: tramite strutture 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, all'ufficio Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la seguente documentazione necessaria:

- a) modulo di denuncia di SINISTRO debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- b) 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, a essi connesse che dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- c) 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 di UNISALUTE, dovrà produrre specifica e 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, UNISALUTE avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione che si impegna a restituire a sue spese.

b) 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 d'impegno da lui firmata, verranno liquidate alle condizioni generali del presente contratto e con le modalità previste dalla precedente lettera a).

Art. 134 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale

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

- dall'Art. 132 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta;
- dall'Art. 133 - Modalità di utilizzo della copertura: 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.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 5 - ASSISTENZA

Art. 135 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

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

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

- Preventiva autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA;

- Intervento su disposizione delle autorità;
- Chiamata senza risposta.

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

Art. 136 - Modalità per richiedere la prestazione

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

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



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

+ 39 011 - 6523202
UNIPOLASSISTANCE S.c.r.l.
C.so Massimo D'Azeglio 14,
10125 - Torino

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

Allegato 1 - Tabelle delle attività professionali

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

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

Attività di classe A
Agente di assicurazione/credito/cambio/borsa/commercio/immobiliare
Albergatore senza prestazioni manuali
Amministratore di beni propri e altrui
Antiquario, senza restauro
Architetto senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Avvocato o procuratore legale
Bambini in età prescolare
Benestante senza particolari occupazioni
Bidello
Biologo
Clero che svolge solo attività di culto
Commercialista - consulente aziendale senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Commerciante occupato solo in ufficio
Dirigente senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Disegnatore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Editore
Farmacista
Fisico
Fotografo solo in studio
Geologo occupato solo in ufficio
Geometra senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Gestore cinema, teatro
Giornalaio
Impiegato/quadro senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Imprenditore senza lavoro manuale e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Ingegnere senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale, direttore didattico
Interprete
Magistrato
Medico

Attività di classe A
Modellista in carta
Musicista
Negozi di alimentari, latterie, pasticcerie e gelaterie (senza produzione propria)
Negozi di articoli da regalo, profumerie, tabaccherie
Negozi di articoli foto/ottica, dischi, strumenti musicali, informatica, telefonia
Negozi di articoli in pelle, calzature
Negozi di cartoleria, librerie
Negozi di confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
Negozi di giocattoli, articoli sportivi
Notaio
Odontoiatra/dentista/igienista
Operatore/addetto ai centri elaborazione dati, programmatore
Parrucchiere/Barbiere
Studente
Super-ipermercati addetto alle vendite e alla cassa
Tirocinante presso le asl/strutture sanitarie
Vetrinista

Attività di classe B
Agronomo
Albergatore con prestazioni manuali
Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini, ovini e volatili in genere
Architetto con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Assistente sociale
Autista di autovetture a uso privato, taxi, noleggio conducente, autoambulanze, autotunebri
Autorimesse: esercente che non lavora manualmente
Barista
Cameriere
Casalinga
Commerciante (escluso bestiame) con accesso a magazzini (escluso lavoro manuale)
Concessionario auto, motoveicoli
Consulente aziendale con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Copisterie (proprietario/addetto)
Corniciaio
Decoratore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Dirigente con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Disegnatore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Distributore di carburante (gestore/addetto senza lavori di lavaggio e/o manutenzione)

Attività di classe B
Domestico - collaboratore familiare
Enologo ed enotecnico
Estetista, callista, pedicure, manicure
Fotografo anche all'esterno
Geometra con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Giornalista (scrittore, cronista, corrispondente)
Guida turistica
Impiegato/quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Imprenditore senza lavoro manuale ma con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Indossatrice, indossatore, fotomodella
Infermiere diplomato
Ingegnere con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Insegnante di educazione fisica, basket, tennis, scherma, nuoto, ballo
Insegnante di materie sperimentali (laboratorio o pratica professionale)
Istruttore di scuola guida - pratica e teoria
Lavanderie/stirerie (proprietario/addetto)
Massaggiatore/fisioterapista
Negozi di casalinghi, ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli, armerie
Negozi di elettrodomestici radio-tv, articoli igienici sanitari (esclusa installazione)
Negozi di frutta e verdura, fiori e piante
Negozi di oreficeria, gioiellerie
Orafo, orologiaio
Ostetrica
Ottico (fabbricante e riparatore)
Pensionato
Portalettere
Portiere di stabili
Rappresentante (senza consegna merce)
Sarto
Stilista
Tatuatore
Tecnico del suono
Vetraio (che attende alle vendite)
Wedding Planner/Organizzatore di eventi

Attività di classe C
Agricoltore che non prende parte ai lavori manuali
Ambulante

Attività di classe C
Analista chimico
Armaiolo
Arrotino
Ausiliario socio sanitario
Autotrasportatore/autista di autocarri/motocarri fino a 35 q.li a pieno carico
Autorimesse: esercente/addetto con lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio
Cave a giorno (proprietario/addetto senza lavoro manuale e senza uso di mine)
Ceramista
Chimico
Commerciante che prende parte al lavoro di magazzino
Cuoco
Custode di stabilimenti, cantieri e simili
Distributore di carburante (gestore/addetto con lavori di lavaggio e/o manutenzione)
Elettricista addetto alla bassa tensione
Elettrotecnico, radiotecnico (senza installazione di antenne)
Fornaio
Geologo occupato anche all'esterno
Giardiniere, vivaista, floricoltore
Guardiacaccia, guardiapesca, guardia campestre
Idraulico solo all'interno di edifici ed a terra
Imbianchino (di interni)
Installatore di articoli igienico-sanitari, elettrodomestici, mobili
Macchinista ferrovie/tramvie
Magazziniere
Mediatore in genere
Odontotecnico
Ombrellaio
Ortopedico (fabbricante di apparecchi)
Panetterie, pasticcerie, gelaterie compresa produzione propria
Pellettiere, pellicciaio (laboratorio)
Perito agrario/industriale
Pulitore (di interni)
Rammendatrice, ricamatrice, filatrice, magliaia
Rappresentante (con consegna merce)
Restauratore di mobili
Rider/Pony Express
Riparatore elettrodomestici (esclusa installazione di antenne), macchine per ufficio, computer
Ristoranti, trattorie, pizzerie (esercenti/addetti con lavoro manuale)

Attività di classe C
Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie
Spedizioniere anche presso magazzini e scali
Strumenti musicali (fabbricante e riparatore)
Super-ipermercati addetto al magazzino, reparti di macelleria, salumeria, pescheria
Tappezziere
Tipografo, litografo
Toelettatura per animali
Veterinario

Attività di classe D
Abbattitore di piante (boscaiolo)
Agricoltore che lavora manualmente e/o con uso di macchine
Allevatore di equini, bovini, suini, ovini e volatili in genere
Antennista (installatore di antenne radio-tv)
Ascensori e montacarichi (tecnici / operai)
Autotrasportatore/autista di autocarri di peso superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus
Bronzista/brunitore/cromatore/ nichelatore/ottonaio/ramiere
Calzolaio
Carpentiere in legno o ferro
Carrozziere di veicoli
Cave a giorno (proprietario/addetto con lavoro manuale ma senza uso di mine)
Decoratore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
Ebanista
Elettrauto
Elettricista addetto all'alta tensione
Fabbro
Facchino di merci in genere
Falegname
Gommista
Guardia notturna, giurata
Idraulico e lattoniere anche su impalcature e ponti
Imbianchino (di esterni)
Insegnante di equitazione
Lavoratore forestale
Lucidatore di marmi, scalpellino, mattonaio
Macellatore
Marmista
Meccanico (montatore/riparatore)

Attività di classe D
Mobiliere: fabbricazione mobili in genere
Modellista in ferro e legno
Mosaicista
Muratore
Operaio
Operatore ecologico
Restauratore in genere, escluso mobili
Saldatore
Scultore
Tornitore
Vetraio (che attende all'applicazione di vetri)

Allegato 2 - Elenco Grandi interventi chirurgici

NEURO CHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi
- 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
- 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
- Interventi sui grandi vasi toracici
- Interventi sull'aorta addominale
- 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 echinococchi epatici
- 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
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale
- Vulvectomy 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 (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Norme di legge richiamate in polizza

Codice Civile

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

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

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

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

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

Art. 1341 - Condizioni Generali di Contratto

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

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

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

Art. 1888 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

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

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

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Modalità di apertura sinistri

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

Modalità di contatto:



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

- indirizzo PEC: arcaassicurazioni@pec.unipol.it

- indirizzo email: sinistri@arcavita.it

- fax "Servizio Sinistri Rami Elementari": 045.8192397

In ogni caso comunicare con precisione:

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

Modalità per la richiesta di Assistenza

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



- telefono al numero verde:

- per telefono al numero:

+ 39 011 - 6523202

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

In ogni caso comunichi innanzitutto con precisione:

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

Modulo di denuncia

Polizza SiPrevisto

DA INVIARE

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

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

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

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali appartenenti a categorie particolari di dati (ad esempio relativi alla salute)

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, acconsento:

- al trattamento dei dati particolari che mi riguardano;
- alla comunicazione a terzi indicati dei dati particolari che mi riguardano per finalità attinenti alla gestione e liquidazione dei sinistri.

Sono consapevole che il rifiuto al conferimento di tali dati comporterà per la Compagnia l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e la liquidazione dello stesso.

Luogo e data: _____

Firma contraente*:  _____

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

*Si richiede inoltre documento di identità di colui che firma

Modulo richiesta di rimborso per Grandi Interventi Chirurgici

AFFINCHÉ ARCA ASSICURAZIONI S.p.A. POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI
Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa Arca Assicurazioni, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Arca Assicurazioni non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per l'erogazione di eventuali prestazioni o rimborsi).

Luogo e Data

Nome e Cognome

e C.F. dell'ASSICURATO (in stampatello)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Firma

AFFINCHÉ UniSalute S.p.A. (riassicuratore e gestore del servizio sinistri per Arca Assicurazioni) POSSA TRATTARE I SUOI DATI
E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI
Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa UniSalute, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Arca Assicurazioni non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per l'erogazione di eventuali prestazioni o rimborsi).

Luogo e Data

Nome e Cognome

e C.F. dell'ASSICURATO (in stampatello)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Firma

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome

Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO

Cognome

Nome

Nato/a

il

Codice Fiscale:

Residente in Via

Nr.

CAP

Località/Comune

Prov.

Domicilio

Nr.

CAP

Località/Comune

Prov.

(diverso da residenza)

Nr. tel

Tel. cell.

E-mail

Si allega copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute: Sì ☐ No ☐ Compagnia:

Ai fini del rimborso diretto l'assicurato notifica le coordinate bancarie del conto di cui deve essere l'intestatario o cointestatario

c/c intestato a: Banca/Posta

[illegible]

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva a UniSalute

Data

Firma dell'assicurato

Da compilare e inviare in busta chiusa a: UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO

SìPrevisto

Assicurazione infortuni e malattia

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

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

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

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

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

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

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativo, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale “My Arca”, all'indirizzo www.arcassicura.it a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non 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 distributtrici ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

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

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

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

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

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

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

8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofornice; 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.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_01 - Ed.01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

CHI TRATTERÀ I DATI PERSONALI? Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

QUALI DATI PERSONALI TRATTEREMO? Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati: dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale); dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail); coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN); categorie particolari di dati^[1] (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata). Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti^[2] ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

PERCHÉ TRATTEREMO I DATI? I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo: i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "Contratto");
(F2) – Esecuzione del Contratto^[3]: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;

(F3) – Area riservata: se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'"Area Riservata") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'"App"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;

(F4) – Invio di comunicazioni di servizio: i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio^[4] eventualmente anche per il tramite dell'App;

(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato: al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata;^[5]

(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi: i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza^[6];

(F7) – Tutela dei propri diritti: il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

[1]: Ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

[2]: Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; 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; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

[3]: A titolo esemplificativo e non esaustivo, per la raccolta dei premi; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, 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.

[4]: Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri

[5]: L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

[6]: Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni 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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato ^[7] .
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.

[7]: Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria)

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
		Contratto.	
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

COME TRATTEREMO I SUOI DATI? I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A CHI COMUNICHEREMO I DATI? I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a: soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati^[8]; ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol^[9]; soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.); la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche. I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano^[10] o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento 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 non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

PER QUANTO TEMPO TRATTEREMO I DATI? I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili. In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	Per i termini prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

[8]: Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; 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.

[9]: Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

[10]: In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, 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; 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).

I SUOI DIRITTI La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca. Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it. Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.