

SìPrevisto XL

Assicurazione infortuni

In allegato i seguenti documenti:

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

Arca Assicurazioni S.p.A.

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

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

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: SiPrevisto XL

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 a tutti gli assicurati indicati in polizza. La polizza comprende inoltre delle prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

Arca Assicurazioni S.p.A. presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale/somma assicurata).

La polizza prevede la scelta, da parte del Contraente, tra le garanzie offerte dal pacchetto Smart o Top con abbinamento sempre operante della garanzia assistenza

✓ GARANZIE INFORTUNI

- Invalità permanente da infortunio: garantisce un indennizzo nel caso di invalidità permanente, sia parziale sia totale, a seguito di infortunio. Valida sia per il pacchetto Smart sia per il pacchetto Top

- Morte da infortunio: assicura in caso di decesso da infortunio o morte presunta. Nel caso di commorienza dei coniugi: capitale liquidato maggiorato del 100% (a condizione che risultino fiscalmente a carico dei coniugi uno o più figli minorenni o con handicap). Valida sia per il pacchetto Smart sia per il pacchetto Top

- Diaria da ricovero da infortunio: garantisce una diaria prestabilita in caso ricovero, convalescenza e gessatura. Valida sia per il pacchetto Smart sia per il pacchetto Top

- Rimborso spese sanitarie da infortunio: garantisce un rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito o in assenza di intervento chirurgico ambulatoriale. Valida solo per il pacchetto Top

✓ ASSISTENZA: offre prestazioni di immediato aiuto e consulenze mediche in caso di infortunio. Valida sia per il pacchetto Smart sia per il pacchetto Top



Che cosa NON è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 75esimo anno di età.

✗ GARANZIE INFORTUNI:

- non sono assicurabili le persone fisiche affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV;

- non è possibile assicurare alcune attività professionali quali a titolo di esempio pompieri, polizia municipale, diplomatici.

✗ ASSISTENZA: non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà



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 competizioni o gare.

! ASSISTENZA: il mancato contatto con la Centrale Operativa di UnipolAssistance



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.



Quando e come devo pagare?

La polizza prevede un pagamento di un premio unico anticipato triennale. Dopo tale scadenza, se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la polizza si rinnova annualmente con frazionamento mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza è triennale 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 e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

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

Assicurazione infortuni

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: SiPrevisto XL

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 46

"Annullamento attività ricreative": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 28, pg.11 di 46

"Sicurezza infortuni": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 29, pg.11 di 46

"Stato comatoso": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 30, pg.11 di 46

"Rottura sottocutanea dei tendini": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 31, pg.11 di 46

"Calamità naturali": vedasi, Sezione 2, Garanzie infortuni, Art. 32, pg.12 di 46

Invalidità permanente da infortunio:

"Danni estetici": vedasi, Sezione 2.1, Invalidità permanente da infortunio, Art. 41, pg.15 di 46

"Adattamento abitazione": vedasi, Sezione 2.1, Invalidità permanente da infortunio, Art. 42, pg.15 di 46

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

È previsto uno sconto per pluriennalità: vedasi, Sezione 1, Art. 9, pg.7 di 46

Sono previsti sconti per più assicurati: vedasi, Sezione 1, Art. 9, pg.7 di 46



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

GARANZIE INFORTUNI - sono esclusi i danni: dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta e valida abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo; dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove; dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo; dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle, skateboard; dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'Infortunio si 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 concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); le ernie; gli avvelenamenti, e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio; le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio; le rotture sottocutanee dei tendini; gli infarti da qualsiasi causa determinati; le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; gli infortuni derivanti da calamità naturali. Lesioni causate da infezioni acute la malaria e qualsiasi altra malattia tropicale. Rischio volo 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. Day Hospital: visite specialistiche, analisi cliniche e esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici. Diaria da immobilizzazione o gessatura le fasciature funzionali, collari, tutori e simili e non sono comprese in garanzia i seguenti apparecchi in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato: bendaggi, apparecchi, busti, corsetti "semirigidi"; apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; bendaggi elastici adesivi (tensoplast, ecc.); ortesi in genere (app. di posizione, es.: plantari); cuscino di appoggio per abduzione, immobilizzatore articolato del gomito, collari Schantz, Camp, simili; ginocchiere Donjoy; stecche di Zimmer; le spese di natura alberghiera. **ASSISTENZA** i 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 (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove e allenamenti); malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio; malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza; 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. Trasferimento in un centro ospedaliero le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della centrale operativa, possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza; le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera; la prestazione non opera nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie. Guida alla struttura sanitaria, Ricerca e prenotazione centri ospedalieri, Consegna esiti a domicilio e Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche i giorni festivi infrasettimanali. Invio di un'autoambulanza e/o medico al domicilio: primo soccorso per cui dovrà essere sempre attivato il 118.

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

Franchigie - Garanzie Infortuni: Annullamento attività ricreative: € 50,00. Calamità naturali: 10%. Sostegno e sicurezza: maggiore o uguale al 60%. Invaldità permanente da infortunio: se inferiore al 10%: 5%, se uguale o superiore al 10%: nessuna franchigia. Diaria da convalescenza post ricovero: 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% con un minimo di € 50,00.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto SiPrevisto XL 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



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a: Arca Assicurazioni S.p.A., Reclami, Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317, reclami@arcassicura.com . I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'intermediario di riferimento. Nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza. Il termine massimo per il riscontro al reclamante è di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato tecnico : In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti Per la risoluzione delle <u>liti transfrontaliere</u> è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Il contratto è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquote d'imposta: Garanzie Infortuni: 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	<i>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non e' tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del 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.</i>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<i>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.</i>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<i>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.</i>
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 XL

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 XL è la polizza infortuni di Arca Assicurazioni che si prende cura di te, della tua famiglia o della tua impresa **24 ore su 24** tutelandovi in caso di infortunio.

Con **SiPrevisto XL** puoi selezionare due diversi livelli di copertura (pacchetto Smart o Top) che si differenziano per garanzie e somme assicurate.

Il prodotto prevede inoltre una garanzia Assistenza sempre operante per entrambi i pacchetti.



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

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-484343

Per denunciare un sinistro



800-012529

Per contattare il Servizio di Assistenza



Invia una richiesta

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



Vieni a scoprire la tua Area Riservata

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

Accedi o registrati per consultare:



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



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

E per effettuare:



La **denuncia** di un sinistro.



... e molto altro ancora!

HAI BISOGNO DI AIUTO?



800-849089

Dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 18.00



Invia una richiesta

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



è la piattaforma dedicata a tutti i nostri clienti.

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



Indice

Glossario	5
1 Norme che regolano il contratto in generale	7
2 Garanzia infortuni	11
2.1 Invalidità permanente da infortunio	16
2.2 Morte da infortunio	19
2.3 Diaria da ricovero infortunio	22
2.4 Rimborso spese sanitarie da infortunio	25
3 Assistenza	28
4 Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	34
Allegato 1 - Tabelle delle attività professionali	39
Norme di legge richiamate in polizza	45
Modalità per la richiesta di Assistenza	48
Modulo richiesta di Indennizzo	49

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si intende per:

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

ASSICURAZIONE: contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 1: 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: (definizione valida solo per la Sezione 3 - Assistenza): Malattia di acuta insorgenza di cui l'assicurato non era a conoscenza al momento della sottoscrizione della polizza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo.

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

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

PREMIO: prestazione in denaro dovuta dal contraente alla compagnia.

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

RISCHIO: probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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.

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

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la COMPAGNIA 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 stato effettuato.

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 PEC alla COMPAGNIA.

Art. 4 - Durata del contratto^[1]

La durata del presente contratto è triennale, così come indicato in POLIZZA. Alla scadenza triennale, se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la POLIZZA si rinnova annualmente così come indicato nel contratto. Le parti dichiarano sin d'ora che intendono mantenere il contratto originario e che eventuali successive modifiche quali, ad esempio, il frazionamento e la durata non potranno essere interpretate in nessun caso come intenzione delle parti di creare un nuovo contratto.

La facoltà di optare o meno per il tacito rinnovo, verrà concordata tra le parti al momento della sottoscrizione del contratto e verrà indicata sulla POLIZZA.

Art. 5 - Proroga del contratto

Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, **in assenza di disdetta** da parte del CONTRAENTE o 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.

Per le polizze emesse con tacito rinnovo, il CONTRAENTE riceverà, con preavviso di 90 giorni prima della scadenza triennale, una comunicazione contenente le informazioni relative al rinnovo annuale.

Art. 6 - Disdetta del contratto

La **disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata 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^[2]**

Il versamento del PREMIO triennale può essere effettuato nelle seguenti modalità:

 [1]: La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in polizza? Qualora il contratto sia stipulato "con tacito rinnovo", la copertura prosegue, terminata l'iniziale scadenza triennale, 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 triennale e il contraente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà senza copertura

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

- 1) mediante addebito diretto in conto corrente e/o con ulteriori mezzi di pagamento messi a disposizione dall'intermediario;
- 2) mediante un finanziamento finalizzato da Finitalia per il quale la COMPAGNIA riceverà l'importo direttamente da Finitalia stessa. **Le modalità di rimborso del finanziamento sono in capo a Finitalia.**

L'autorizzazione all'addebito diretto in conto corrente di cui al punto 1) viene effettuata dal CONTRAENTE in conformità alla normativa vigente in materia di addebiti diretti con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010. **Tale autorizzazione è rilasciata dal CONTRAENTE al momento della stipula del contratto originario e resta valida ed operante anche per i versamenti del PREMIO relativi al rinnovo annuale ed ai rinnovi successivi.**

Qualora ai sensi del D.Lgs. 206/2005, il contratto sia venduto a distanza, il consumatore dispone di un termine di 14 (quattordici) giorni per recedere dal contratto a distanza senza penali e senza dover indicare il motivo.

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 triennale è interamente dovuto dal CONTRAENTE. In caso di POLIZZA triennale con tacito rinnovo, la durata della copertura proseguirà annualmente con frazionamento mensile. 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

Per effetto della durata pluriennale di POLIZZA, il PREMIO prevede una riduzione tariffaria percentuale del 5%, in ottemperanza all'articolo 1899 del Codice Civile.

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

- 2 assicurati: fino al 3%
- 3 assicurati: fino al 5%
- 4 assicurati: fino al 10%
- da 5 a 10 assicurati: fino al 15%.

Art. 10 - Adeguamento del premio per modifica tariffaria

Nel caso in cui il PREMIO di rinnovo, a seguito di una modifica tariffaria, sia superiore a quello corrisposto per l'annualità in corso, la COMPAGNIA provvederà a comunicare al CONTRAENTE il nuovo PREMIO entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza. In tal caso, in via del tutto eccezionale e se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, il CONTRAENTE ha facoltà di recedere dal contratto inviando disdetta almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza mediante comunicazione a mezzo raccomandata ovvero, in caso di addebito permanente del PREMIO in conto corrente, mediante la revoca dell'autorizzazione a tale addebito entro la data di scadenza del contratto.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

CHE OBBLIGHI HO

Art. 12 - 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. 13 - 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. 14 - 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. 15 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 16 - Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che abbiano compiuto il 72° (settantaduesimo) anno d'età. Resta inteso che qualora l'ASSICURATO, dopo il primo rinnovo, **compia il 75° (settantacinquesimo) anno di età** durante il periodo di validità del contratto, l'ASSICURAZIONE cessa alla scadenza annua di POLIZZA successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno d'età.

Art. 17 - Abbinabilità delle garanzie

Il CONTRAENTE, in fase di sottoscrizione, potrà scegliere quale dei seguenti pacchetti selezionare. Le garanzie prestate da ogni pacchetto sono illustrate nella seguente tabella:

PACCHETTO SMART	PACCHETTO TOP
Invalità permanente da infortunio	Invalità permanente da infortunio
Morte da infortunio	Morte da infortunio
Diaria da ricovero da infortunio	Diaria da ricovero da infortunio
Assistenza	Rimborso spese sanitarie da infortunio
-	Assistenza

Una volta selezionato il pacchetto, lo stesso sarà valido per tutti gli assicurati presenti in POLIZZA.

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.

Attività svolta dall'assicurato al momento del sinistro

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 sottoelencate e meglio descritte di seguito:

- 2.1 - Invalidità permanente da infortunio (operante per entrambi i pacchetti);
- 2.2 - Morte da infortunio (operante per entrambi i pacchetti);
- 2.3 - Diaria da ricovero da infortunio (per entrambi i pacchetti);
- 2.4 - Rimborso spese sanitarie da infortunio (operante esclusivamente per il Pacchetto Top).

L'ASSICURAZIONE è prestata per gli infortuni, a seconda del pacchetto indicato 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 4), 5), 6);

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 XL per essere sempre al tuo fianco
(prestazioni aggiuntive sempre operanti per entrambi i Pacchetti)**

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 4), 5), 6).

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, punto 15), 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);

riconosce 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 18), vale esclusivamente per le garanzie INVALIDITÀ PERMANENTE da INFORTUNIO e morte da INFORTUNIO.

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** 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:

- 1) 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;
- 2) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- 3) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto nell'Art. 26 - Rischio volo;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
- 7) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- 8) da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- 9) dallo svolgimento di attività militari;
- 10) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dal precedente Art. 24 - Eventi garantiti, lettera e);
- 11) 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:

- 12) le conseguenze dell'INFORTUNIO che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 13) le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo regolate dall'Art. 25 - Eventi garantiti, lettera p);
- 14) 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;
- 15) le rotture sottocutanee dei tendini salvo quanto indicato nell'Art. 31 - Rottura sottocutanea dei tendini;
- 16) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- 17) le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 18) 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%	Lettera a): € 10.000,00 per sinistro e annualità assicurativa in caso di scippo e rapina Lettera b): € 2.000,00 per sinistro e annualità assicurativa in caso di violenza fisica
Stato comatoso (Art. 30)	-	Fino € 10.000,00
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:

- 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%.

Art. 39 - Cumulo indennità

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

Art. 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

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**.



[3]: Es: 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)

Art. 42 - Adattamento abitazione

L'ASSICURAZIONE, nel caso in cui il SINISTRO determini all'ASSICURATO un'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)	Franchigia 5%	- inferiore al 10%: franchigia 5% - dal 10%: nessuna franchigia - 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

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, il capitale verrà corrisposto, 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. 90 - Criteri di indennizzabilità per morte per stato comatoso irreversibile della Sezione 4 - 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

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.

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.

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 gessature (Art. 52)	-	Max 50 giorni per assicurato Max 20 giorni per la frattura completa della costola per assicurato

2.4

Rimborso spese sanitarie da infortunio

(operante solo per il Pacchetto Top)

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.**

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.**

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 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, nel caso in cui venga a trovarsi in difficoltà, 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. 58 - 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. 59 - 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. 60 - 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. 61 - 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. 62 - 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. 63 - 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. 64 - 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. 65 - 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. 66 - Invio di un'autoambulanza e/o medico al domicilio

Qualora, a seguito di 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 annualità assicurativa** 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. 67 - 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. 68 - 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. 69 - 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. 70 - 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. 71 - 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. 72 - 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. 73 - 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. 74 - 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. 75 - Rischi esclusi

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

- 1) mancato contatto con la CENTRALE OPERATIVA di UNIPOLASSISTANCE;
- 2) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- 3) 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;
- 4) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- 5) dolo dell'ASSICURATO o colpa grave;
- 6) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- 7) tentato suicidio o suicidio;
- 8) 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);
- 9) malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio;
- 10) malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della POLIZZA;
- 11) 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. 70 - 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. 76 - 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 F - Assistenza

Riepilogo franchigie/scoperti e massimi indennizzi

Parte A - Prevenzione e diagnosi

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

Parte B - Cura e post cura

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Invio di un'autambulanza a domicilio (Art. 66)	-	Fino € 350,00 per annualità assicurativa con il limite di € 150,00 per sinistro
Invio di un infermiere a domicilio (Art. 67)	Tariffa controllata a carico del cliente € 50,00 al giorno	Max 3 giorni consecutivi
Rimpatrio della salma (Art. 68)	-	Fino € 1.500,00 per assicurato e per annualità assicurativa

Parte C - Accesso network salute

Garanzia	Scoperto/Franchigia/minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Ricerca e prenotazione centri ospedalieri (Art. 69)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Trasferimento in un centro ospedaliero (Art. 70)	Dal giorno di decorrenza per infortunio Dal 120° giorno di decorrenza per malattia improvvisa	-
Rientro dal centro ospedaliero (Art. 71)	Treno in prima classe e occorrendo vagone letto Autoambulanza	Se necessaria a seguito di "Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia"
Consegna esiti a domicilio (Art. 72)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Consegna medicinali salvavita a domicilio (Art. 73)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa
Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche (Art. 74)	-	Massimo 3 volte per assicurato e annualità assicurativa

Art. 77 - 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. 78 - 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. 79 - 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. 80 - 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. 81 - 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. 82 - 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. 83 - 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. 84 - 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. 85 - 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. 86 - 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. 87 - 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. 88 - 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. 89 - 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. 90 - 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. 91 - 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. 92 - 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 - ASSISTENZA

Art. 93 - 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. 94 - 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

Attività di classe A
Interprete
Magistrato
Medico
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

Attività di classe B
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)
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
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

Attività di classe C
Riparatore elettrodomestici (esclusa installazione di antenne), macchine per ufficio, computer
Ristoranti, trattorie, pizzerie (esercenti/addetti con lavoro manuale)
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

Attività di classe D
Marmista
Meccanico (montatore/riparatore)
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)

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. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di un'ariduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

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

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

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Modalità di apertura sinistri

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

Modalità di contatto:



- telefono: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00.
- indirizzo PEC: arcaassicurazioni@pec.unipol.it
- indirizzo email: sinistri@arcavita.it
- fax "Servizio Sinistri Rami Elementari": 045.8192397

In ogni caso comunicare con precisione:

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

Modalità per la richiesta di Assistenza

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



- per telefono al numero verde:

- per telefono al numero:

+ 39 011 - 6523202

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

In ogni caso comunichi innanzitutto con precisione:

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

Modulo richiesta di Indennizzo

Polizza SiPrevisto XL

DA INVIARE

- via E-mail a: sinistri@arcavita.it;
- oppure via PEC a: arcaassicurazioni@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 (riservato alla compagnia)		N° CONTRATTO	
DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO			
Cognome e Nome/ Ragione Sociale			
Luogo e Data di nascita		CF/PI	
Residente in Via		civ.	
Cap	Comune	Provincia	
Tel./Cel.		Sig.	
Reperibilità	giorni	dalle ore	alle ore

DESCRIZIONE DELL'EVENTO	
☐ Invalidità permanente da infortunio	☐ Morte da infortunio
☐ Diaria da ricovero da infortunio	☐ Rimborso spese sanitarie da infortunio (operante solo per il Pacchetto Top)
Data e ora	
Località di accadimento del sinistro:	
Causa e descrizione dell'evento:	
Terzi danneggiati (cognome, nome, cod fiscale, indirizzo)	
Descrizione danni:	
Autorità intervenute:	
Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la compagnia):	

DATI BANCARI
Coordinate bancarie IBAN:
Banca:
Intestatario:

DATA E FIRMA	
Data	Firma del denunciante:

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

Preso atto dell'informativa ai sensi degli Artt. 13-14 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presente nel Set Informativo, acconsento:

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

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

Luogo e data:

Firma



SìPrevisto XL

Assicurazione infortuni

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

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

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

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

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

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

Note

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

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

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

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

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

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

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

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