

Salva Sogni Per te



Assicurazione sulla vita di puro rischio

Gentile cliente, alleghiamo i seguenti documenti:

- SET INFORMATIVO comprensivo di:
 - Documento informativo precontrattuale (DIP) Vita
 - Documento informativo precontrattuale (DIP) Aggiuntivo Vita
 - Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
 - Modulo di proposta
- Informativa privacy

Assicurazione di rendita vitalizia in caso di non autosufficienza a premio annuo

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: ARCA VITA S.p.A.




Prodotto: Salva Sogni Per te (Tariffa 971)

Il presente DIP è stato realizzato in data 18/06/2026 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza è un contratto di assicurazione sulla vita di rendita vitalizia in caso di non autosufficienza dell'Assicurato nel compimento delle attività della vita quotidiana, a premio annuo, dedicato alle persone fisiche.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>L'assicurazione prevede la seguente prestazione:</p> <p>Prestazione in caso di non autosufficienza: il prodotto offre una copertura assicurativa che opera in caso di insorgenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato e che consiste nel pagamento di una rendita vitalizia mensile di importo costante, fino a quando l'Assicurato è in vita, purché permanga lo stato di non autosufficienza.</p> <p>Lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato è determinato dall'impossibilità, presumibilmente permanente e irreversibile, di svolgere autonomamente almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarsi ✓ Vestirsi e svestirsi ✓ Andare al bagno ed usarlo ✓ Spostarsi ✓ Continenza ✓ Alimentarsi <p>Per approfondimenti si rinvia all'Art.3 delle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>L'importo della rendita mensile viene scelto al momento della decorrenza del contratto e non è modificabile. Gli importi previsti dal contratto sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 500,00 € ✓ 1.000,00 € ✓ 1.500,00 € ✓ 2.000,00 € ✓ 2.500,00 € <p>Inoltre, al verificarsi dell'evento assicurato, verrà erogato un capitale aggiuntivo una tantum pari a 10.000,00 €.</p> <p>Per informazioni integrative si rimanda alle Condizioni di assicurazione.</p>	<p>L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ In caso di sopravvivenza dell'Assicurato, con mantenimento dell'autosufficienza ✗ In caso di decesso dell'Assicurato ✗ In caso di invalidità dell'Assicurato ✗ In caso di malattia grave/inabilità di lunga durata dell'Assicurato. <hr/> <p> Ci sono limiti di copertura?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! E' previsto un periodo di carenza nel quale la copertura assicurativa non è operante. Tale periodo è pari a: <ul style="list-style-type: none"> - 36 mesi in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo; Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla) - 12 mesi per altre malattie. ! Non è coperto dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato dal dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società. ! Ai fini della operatività della copertura assicurativa lo stato di non autosufficienza deve inoltre perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (cd "periodo di qualificazione"). ! È escluso inoltre dalla garanzia lo stato di non autosufficienza dovuto direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo VITA.

 **Dove vale la copertura?**

Il rischio di non autosufficienza è coperto senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto, Contraente ed Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

Nella compilazione del questionario sanitario è pertanto necessario rispondere in maniera precisa e veritiera, poiché dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione; se si è agito con dolo o con colpa grave possono essere causa di rifiuto del pagamento in caso di sinistro.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati.

Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità. Si rinvia all'Allegato A – "Documentazione da presentare alla Società in relazione alla causa del pagamento" delle Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede un premio annuo fino a che l'Assicurato è in vita o fino al riconoscimento, da parte della Società, dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

I premi sono differenziati in base al periodo di riferimento scelto dal Contraente:

- Periodo A: dalla decorrenza del contratto fino al termine del Periodo richiesto dal Contraente
- Periodo B: dalla scadenza del Periodo A e per tutta la vita dell'Assicurato.

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato, all'ammontare della prestazione, nonché in base ad eventuali aggravamenti del rischio (sovrapremi) e può essere frazionato in rate mensili, senza applicazione di costi di frazionamento.

Il premio deve essere corrisposto alla Compagnia mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente in conformità della proposta. Le rate di premio successive alla prima dovranno essere anch'esse corrisposte mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente oppure, in caso di estinzione di tale conto, potranno essere corrisposte mediante bonifico bancario a favore della Compagnia, specificando nella causale nome e cognome del contraente ed il numero di polizza.

In caso di denuncia dello stato di non autosufficienza, il Contraente è tenuto a continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Compagnia dello stato di non autosufficienza. A seguito del riconoscimento di tale stato, la Compagnia rimborsa i premi pagati successivamente alla denuncia di sinistro.

La Compagnia si riserva inoltre di rivedere i premi dovuti a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è a vita intera, la durata coincide quindi con la vita dell'Assicurato, a partire dalla data di decorrenza dello stesso, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato alla decorrenza pari a 60 anni.

Il contratto s'intende concluso nel momento in cui il Contraente riceva da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della proposta.

Il Contratto concluso decorre dalle ore 24:00 della data indicata in proposta come data di decorrenza, alla condizione che il pagamento del premio iniziale sia andato a buon fine. Il mancato pagamento del premio posticipa la decorrenza del contratto e quindi delle prestazioni assicurate, fino alle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del premio iniziale alla Compagnia sia andato a buon fine, di conseguenza la Compagnia non pagherà eventuali sinistri avvenuti prima del pagamento del premio iniziale.

L'assicurazione cessa alla data di decesso dell'Assicurato e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto.

Il Contraente può recedere dal contratto entro sessanta giorni dal momento in cui è informato della sua conclusione. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il Contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione di rendita vitalizia in caso di non autosufficienza a premio annuo

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Salva Sogni Per te (Tariffa 971)

Il presente DIP è stato realizzato in data 18/06/2026 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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

Arca Vita S.p.A. ("Arca Vita", la "Compagnia" o la "Società") è una società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. n. 18331 del 9 novembre 1989 (G.U. 28/11/1989) ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione al N. 1.00082.

Sede Legale e Direzione Generale in Via del Fante, 21 - 37122 Verona (Italia); recapito telefonico 045.8192111; sito Internet www.arcassicura.it; indirizzo di posta elettronica informa@arcassicura.it; indirizzo di posta elettronica certificata arcavita@pec.unipol.it.

In base all'ultimo bilancio approvato, il patrimonio netto della Società è pari a 495.360.907 euro, il risultato economico di periodo è pari a 129.861.985 euro. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2025 è pari a 2,54 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). Per maggiori informazioni sulla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR), si rimanda al seguente link: https://static.sitewww.arcassicura.it/Relazione_Solvibilita_Arca_Vita_Spa_2025_223c8a0224.pdf.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto scritto nel DIP Vita **sono escluse dalla garanzia le conseguenze derivanti da:**

- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! guerra e insurrezioni;
- ! atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
- ! fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione;
- ! uso di alcol oltre i limiti previsti per legge, stato di ebbrezza, ubriachezza, alcolismo acuto o cronico, assunzione di droghe, assunzione di farmaci a dosi non terapeutiche e non prescritti da medici abilitati alla professione;
- ! Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia collegata a infezione HIV, qualora non sia stato eseguito il test HIV in sede di sottoscrizione e se avvenuti entro i primi cinque anni dalla decorrenza della polizza;
- ! patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.).

Sono inoltre escluse dalla garanzia le conseguenze:

- ! dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione;
- ! derivanti da radiazioni artificiali di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Si evidenzia che sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti all'esercizio delle seguenti attività lavorative:

- ! estrazione petrolio o gas naturali;
- ! in miniere o altiforni;
- ! a contatto con esplosivi, sostanze infiammabili, tossiche o corrosive, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi, tra cui l'amianto;
- ! operatore di qualunque settore che anche occasionalmente è esposto a utilizzo di macchinari pesanti o macchinari agricoli; allevatori di bestiame;
- ! ad altezze superiori a 5 metri dal suolo (impalcature, tetti, ecc.);
- ! guardie del corpo e servizi di sicurezza;
- ! eventi avvenuti nell'esercizio dell'attività professionale, eccetto il normale lavoro d'ufficio, per soggetti che appartengono a Forze o Corpi Armati, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco;
- ! attività subacquee;
- ! attività lavorative di qualsiasi tipo in regioni attualmente in stato di crisi o di calamità naturale, secondo le informazioni pubblicate dal ministero degli esteri sul sito www.viaggiasesicuri.it;
- ! pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero;
- ! collaudatore di veicoli.

Si evidenzia che sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti all'esercizio delle seguenti attività sportive:

- ! qualunque come professionista;
- ! come non professionista:
 - arti marziali quali pugilato, karatè, judo, lotta nelle sue varie forme;
 - sollevamento pesi;
 - sport aerei quali deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping, volo a vela, aerei superleggeri;
 - immersioni subacquee;
 - sport con mezzi a motore quali gare su strada o fuori strada, con mezzi a due o quattro ruote;
 - attività sportive in montagna, al di sotto di 5.000 metri di altitudine e non in Antartide, Artico, Alaska e/o Groenlandia:
 - sci o snowboard, competitivi; sci alpinismo, alpinismo, non in solitaria; arrampicate su pareti naturali di qualsiasi grado, non in solitaria; escursioni/trekking, in solitaria; escursioni su neve con uso di ciaspole, in solitaria;
 - sci alpinismo o alpinismo, in solitaria; arrampicate su pareti naturali di qualsiasi grado, in solitaria;
 - sci dall'elicottero/elisci.
 - qualunque attività sportive in montagna al di sopra di 5.000 metri di altitudine oppure in Antartide, Artico, Alaska e/o Groenlandia;
 - allenamento e partecipazione a competizioni ippiche;
 - bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino);
 - rugby, baseball, hockey;
 - salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico;
 - speleologia;
 - motonautica.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato mediante corresponsione di una rendita vitalizia di importo costante. L'età dell'Assicurato non deve essere inferiore ai 18 anni o superiore ai 60 anni alla decorrenza del contratto.



Quali costi devo sostenere?

- **Costi gravanti sul premio**
 - Spese di emissione del contratto (costo che viene trattenuto dal premio iniziale): € 30,00
 - Spese di incasso (costo che viene trattenuto sulle annualità successive alla prima): € 30,00
- **Caricamento sui premi:** su ogni premio, Arca Vita S.p.A. trattiene, a titolo di caricamento, un costo espresso in percentuale del premio netto pari al:
 - 40,00% durante il Periodo A
 - 24,00% durante il Periodo B
- **Interessi di frazionamento:** in caso di rateazione del premio diversa da annuale non sono previsti interessi di frazionamento.
- **Costo per la visita medica:** i costi relativi ad una eventuale visita medica ed agli altri accertamenti sanitari, dove previsti, sono a carico dell'Assicurato e sono pari alle tariffe applicate dalle strutture mediche a cui si rivolge l'Assicurato stesso.
- **Costi per riscatto:** per questo prodotto non è prevista la possibilità di riscatto.
- **Costi per l'erogazione della rendita:** l'importo di rendita assicurata derivante dal pagamento del premio è già comprensivo delle spese di erogazione, pari al 5,0%
- **Costi per l'esercizio delle opzioni:** per questo prodotto non è prevista la possibilità esercizio di opzioni
- **Costi di intermediazione:** la quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto è pari al 28,77% del totale dei costi di prodotto.

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 Vita 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 (indicare quando obbligatori):

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: <ul style="list-style-type: none">• 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 (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza danno diritto alla detrazione dall'imposta dovuta dal Contraente ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla normativa tempo per tempo vigente (art. 15, comma 1, lettera f), comma 2 e comma 3-bis del D.P.R. n. 917/86). Le somme corrisposte in caso di non autosufficienza dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.
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 è 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 (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.



Salva Sogni Per te

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Comprehensive del Glossario

**Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla
semplificazione dei contratti.**



Presentazione

In questa pagina è contenuta una breve illustrazione del prodotto.

Salva Sogni Per te offre una copertura assicurativa che garantisce una rendita vitalizia mensile di importo costante a seguito della perdita dell'autosufficienza ovvero dell'impossibilità per l'Assicurato di svolgere autonomamente le normali funzioni della vita quotidiana, non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza.

La perdita dell'autosufficienza comporta l'impossibilità di compiere in autonomia almeno quattro delle sei attività elencate in seguito, in maniera presumibilmente permanente ed irreversibile:

- lavarsi
- vestirsi/svestirsi
- andare al bagno ed usarlo
- spostarsi
- continenza
- alimentarsi

La rendita è scelta al momento della sottoscrizione del Contratto, tra i seguenti importi mensili:

- 500 euro
- 1.000 euro
- 1.500 euro
- 2.000 euro
- 2.500 euro

Inoltre, al verificarsi dell'evento assicurato, in corrispondenza della prima rata di rendita, verrà erogato un capitale aggiuntivo una tantum pari a 10.000 euro.

All'interno delle Condizioni di assicurazione sono presenti dei box di consultazione che indicano alcune precisazioni utili sul Contratto.

Il testo contenuto nel box è comunque un esempio con finalità esplicative e non ha alcun valore contrattuale; è quindi sempre necessario fare riferimento alle disposizioni contrattuali.

INDICE

Presentazione	2
GLOSSARIO	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	7
Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?	7
Art.1 - Oggetto del Contratto	7
Art.2 - Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza	7
Art.3 - Definizione di non autosufficienza	7
Art.4 - Valutazione del rischio	8
Ci sono limiti di copertura?	8
Art.5 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza	8
Art.6 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni	8
Art.7 - Limitazioni delle prestazioni - Periodo di qualificazione	10
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	10
Art.8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	10
Art.9 - Denuncia di sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni	11
Art. 10 - Denuncia e valutazione dello stato di non autosufficienza	11
Art. 11 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	12
Art.12 - Pagamenti della Compagnia	12
Quando e come devo pagare?	13
Art.13 - Composizione del Premio	13
Art.14 - Pagamento del Premio	13
Art.15 - Rivedibilità del Premio	13
Quando comincia la copertura e quando finisce?	14
Art.16 - Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione	14
Art.17 - Durata contrattuale ed Età dell'Assicurato	14
Art.18 - Sospensione e Riattivazione	14
Come posso revocare la Proposta o recedere dal Contratto ?	15
Art.19 - Revoca della Proposta	15
Art.20 - Recesso	15
Sono previsti riscatti o riduzioni?	16
Art.21 - Riscatto e riduzione	16
Altre informazioni	16
Art.22 - Beneficiari delle Prestazioni assicurate	16
Art.23 - Variazioni contrattuali	16
Art.24 - Cessione, pegno o vincolo	16
Art.25 - Tasse ed imposte	16
Art.26 - Foro competente	16
Art.27 - Lingua e legge applicabile	16
Art.28 - Verifiche richieste dalla normativa vigente	17
Art.29 - Vendita a distanza	17
ALLEGATO A Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento	18

GLOSSARIO

- Anno solare:** è il periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre dello stesso anno di calendario;
- Appendice:** documento che è parte integrante del Contratto che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente;
- Arca Vita S.p.A.:** la società di diritto italiano esercente attività di assicurazione, la cui sede legale è in Verona, Italia, via del Fante 21, che è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. N. 18331 del 9/11/1989 G.U. 28/11/1989 n. 278;
- Assicurato (o Aderente/Assicurato):** è la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto. Le prestazioni previste dal Contratto sono dovute in funzione di eventi attinenti alla sua vita;
- Beneficiario:** è la persona fisica o giuridica che abbia diritto in tutto o in parte alla Prestazione assicurata, in quanto soggetto che il Contraente abbia designato a riceverla;
- Buon fine (del pagamento):** nel caso in cui la Polizza sia pagata con la procedura di addebito automatico, si intende per Buon fine (del pagamento) l'avvenuto effettivo addebito del Premio sul conto corrente del Contraente;
- Carenza:** è il periodo di tempo durante il quale le garanzie del Contratto sono limitate.
- Caricamento:** sono i costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sul Premio per attività commerciali ed amministrative di incasso, acquisizione ed amministrazione del Contratto;
- Cessazione dell'assicurazione:** è il momento in cui vengono meno gli effetti dell'assicurazione oggetto del Contratto;
- Compagnia (o Impresa di assicurazione o Società):** è Arca Vita S.p.A.;
- Conclusione (o Perfezionamento) del Contratto:** è il momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa in ogni sua parte, riceve da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della Proposta;
- Contraente:** è il soggetto che formula la Proposta contrattuale, stipula il Contratto di assicurazione, è tenuto a pagare il Premio e ha facoltà di esercitare tutti i diritti nascenti dal Contratto di cui non abbia disposto;
- Contratto (o Contratto di assicurazione):** è l'accordo tra Contraente e Compagnia con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di uno degli Eventi assicurati;
- Costi:** sono gli oneri a carico del Contraente, che gravano in misura fissa o variabile sui premi;
- Data di decorrenza:** il giorno come tale indicato nella Proposta;
- Decorrenza del Contratto:** è il termine iniziale dal quale la Compagnia sopporta i rischi assicurati, il quale può differire sia dalla Data di decorrenza, sia dal momento della Conclusione del Contratto, in quanto dipendente dal Buon fine del pagamento del Premio;
- Diritti:** sono i Costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sui Premi aggiuntivi;
- Diritto di recesso:** è il diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro il termine indicato nelle condizioni di assicurazione dal momento in cui è informato della Conclusione dello stesso;
- Diritto di revoca:** è il diritto del Contraente di privare di effetti la Proposta contrattuale fino alla Conclusione del Contratto;
- Domicilio Abituale:** luogo in cui il Contraente ha stabilmente fissato l'effettiva sede abituale dei propri affari e interessi.
- Durata contrattuale (o del Contratto):** il periodo di tempo che intercorre fra la Data di decorrenza e la

Scadenza.

Esclusioni: sono i rischi esclusi o le limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole delle Condizioni di assicurazione.

Età assicurativa (o Età): è l'Età convenzionale dell'Assicurato determinata in anni interi attribuitale per tutto il periodo compreso tra i sei mesi che precedono e seguono il relativo compleanno;

Evento assicurato: uno degli eventi riguardanti la vita dell'Assicurato, che consistono nel decesso o nel sopraggiungere dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato o della non autosufficienza dell'Assicurato, qualora previsti in Polizza, prima della Cessazione dell'assicurazione ed il verificarsi d'uno dei quali fa sorgere il diritto alla Prestazione assicurata.

Garanzia (o Prestazione) principale: è la garanzia principale prevista dal Contratto e sempre presente nello stesso, in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo (dal 1° gennaio 2013, all'ISVAP è succeduto per tutti i poteri, funzioni e competenze l'IVASS);

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013;

Liquidazione: è il pagamento all'avente diritto della Prestazione assicurata;

Parti: il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia;

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione;

Premio iniziale: è il Premio che il Contraente corrisponde alla Compagnia alla Decorrenza del Contratto.

Premio netto: è il Premio al netto delle Spese di emissione o di incasso ed anche di eventuali imposte, tasse od interessi di frazionamento che gravino sullo stesso o sul Contratto.

Premio puro: è la somma che rappresenta la base per il calcolo del corrispettivo dell'assicurazione ed è la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato.

Premio: è l'importo, eventualmente frazionato, qualora previsto dalle Condizioni di assicurazione, che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia a fronte della Prestazione assicurata, comprensivo delle Spese di emissione o di incasso, dei Caricamenti ed anche di eventuali imposte e tasse che gravino sullo stesso o sul Contratto;

Prestazione assicurata (o Prestazione): è la somma di denaro dovuta dalla Compagnia in esecuzione del Contratto al verificarsi di uno degli Eventi assicurati;

Proposta: è il documento sottoscritto dal Contraente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base agli elementi specifici in esso indicati e sul quale la Compagnia si basa per valutare se accettare di prestare le coperture assicurative;

Questionario assuntivo (o anamnestico o sanitario o "dichiarazioni dell'assicurato sullo stato di salute"): è un modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la COMPAGNIA utilizza al fine di valutare, sulla base delle risposte fornite dall'assicurato, i rischi che assume con il contratto.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, secondo le modalità ed entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli

stessi.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione;

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del Contratto (ossia il termine finale della Durata contrattuale), salva l'anticipata Cessazione dell'assicurazione.

Sinistro: verificarsi dell'Evento assicurato per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa Prestazione assicurata.

Sovrappremio: maggiorazione di Premio richiesta dalla Compagnia in relazione alla situazione sanitaria dell'Assicurato che determina un aggravamento del rischio.

Spese di emissione: sono i costi sostenuti per l'emissione del Contratto;

Spese di incasso: sono i costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sulle annualità di premio successive alla prima.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Che cos'è assicurato? Quali sono le prestazioni assicurate?

Art.1 - Oggetto del Contratto

1.1. Salva Sogni Per te è un Contratto di assicurazione di Rendita vitalizia in caso di non autosufficienza a premio annuo, la cui Prestazione assicurata, a fronte del pagamento di un Premio annuo, differenziato secondo quanto riportato al prossimo Art.13 (Composizione del Premio), consiste nel pagamento di una Rendita vitalizia mensile di importo costante nel caso in cui si verifichi l'Evento assicurato descritto al successivo Art.2 (Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza). Inoltre, a seguito di tale evento, verrà erogato un capitale aggiuntivo una tantum pari a € 10.000,00.

1.2. Il presente Contratto, ai fini della sottoscrizione e della validità della copertura assicurativa, prevede il possesso dei requisiti di seguito elencati da parte del Contraente e dell'Assicurato:

- **Il Contraente deve essere una persona fisica e deve coincidere con l'Assicurato;**
- **Residenza in Italia del Contraente;**
- **Età assicurativa dell'Assicurato compresa tra 18 e 60 anni alla Data di decorrenza del Contratto;**

Art.2 - Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza

2.1. La Compagnia, qualora si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e purché tale stato sia stato riconosciuto, corrisponde una rendita vitalizia di importo costante, erogabile mensilmente in rate posticipate fino a quando permane lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e fino a quando l'Assicurato stesso è in vita.

L'importo mensile della rendita viene scelto dal Contraente alla decorrenza del Contratto tra i seguenti:

- € 500,00
- € 1.000,00
- € 1.500,00
- € 2.000,00
- € 2.500,00

e non è modificabile nel corso della durata della Polizza.

Inoltre, al riconoscimento dell'evento assicurato, verrà erogato un capitale aggiuntivo una tantum pari a € 10.000,00. Tale capitale verrà corrisposto solamente per il primo evento di non autosufficienza dell'Assicurato.

2.2. Il diritto alla prestazione di rendita decorre a partire dalla data di denuncia, effettuata ai sensi dell'Art.10 (Denuncia e valutazione dello stato di non autosufficienza), dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato

2.3. Si segnala che, qualora non si verificasse lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il Contratto si risolverà con il decesso dell'Assicurato stesso, senza corresponsione di alcuna prestazione e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Art.3 - Definizione di non autosufficienza

3.1. Lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato è determinato dall'impossibilità, derivante dallo stato di salute dello stesso, di compiere in autonomia almeno 4 (quattro) delle 6 (sei) attività di vita quotidiana di seguito elencate, in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);

Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed

eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;

Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc);

Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;

Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;

Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Art.4 - Valutazione del rischio

4.1. Ai fini della corretta assunzione del rischio da parte della Compagnia è necessario l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante l'analisi delle informazioni contenute nel Questionario assuntivo, che l'Assicurato stesso deve compilare e sottoscrivere.

In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di **leggere le avvertenze contenute nel modulo di Proposta relative alla compilazione del Questionario sanitario.**

Arca Vita S.p.A. può inoltre richiedere che **l'Assicurato si sottoponga a visita medica e/o ad altri eventuali accertamenti sanitari, con Costi a carico del Contraente e/o dell'Assicurato stesso**, il quale potrà rivolgersi presso una struttura medica a propria scelta.

4.2. La Compagnia, una volta esaminati i documenti richiesti, si riserva di:

- accettare la Proposta;
- accettare la Proposta a condizioni derogatorie rispetto alle disposizioni delle presenti Condizioni di assicurazione per quanto riguarda l'ammontare del Premio e/o le Prestazioni assicurate;
- rifiutare la Proposta.

4.3. Nel caso in cui, nonostante tutti i presidi previsti in fase assuntiva, la Polizza risultasse emessa a favore di persone non assicurabili, la Compagnia procederà a rimborsare la parte di Premio relativa al periodo per il quale il rischio è cessato, di conseguenza, il contratto si intenderà risolto.

Ci sono limiti di copertura?

Art.5 - Limitazioni delle prestazioni - Carenza

5.1. L'efficacia della garanzia per lo stato di non autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'infortunio risulterà limitata per 36 mesi in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla) e per 12 mesi per altre malattie.

5.2. Qualora si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e questo sia determinato da una causa diversa dall'infortunio, nel periodo di carenza sopra citato, il Contratto si risolve e la Compagnia rimborsa al Contraente una somma pari ai premi versati.

Art.6 - Limitazioni delle prestazioni - Esclusioni

6.1. Il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito indicato.

6.2. E' escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato causato direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- guerra e insurrezioni;

- atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
- fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione;
- uso di alcol oltre i limiti previsti per legge, stato di ebbrezza, ubriachezza, alcolismo acuto o cronico, assunzione di droghe, assunzione di farmaci a dosi non terapeutiche e non prescritti da medici abilitati alla professione;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia collegata a infezione HIV, qualora non sia stato eseguito il test HIV in sede di sottoscrizione e se avvenuti entro i primi cinque anni dalla Data di decorrenza della Polizza;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi; ecc.).

Sono inoltre escluse dalla garanzia le conseguenze:

- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione;
- derivanti da radiazioni artificiali di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti all'esercizio delle seguenti attività lavorative:

- estrazione petrolio o gas naturali;
- in miniere o altiforni;
- a contatto con esplosivi, sostanze infiammabili, tossiche o corrosive, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi, tra cui l'amianto;
- operatore di qualunque settore che anche occasionalmente è esposto a utilizzo di macchinari pesanti o macchinari agricoli; allevatori di bestiame;
- ad altezze superiori a 5 metri dal suolo (impalcature, tetti, ecc.);
- guardie del corpo e servizi di sicurezza;
- eventi avvenuti nell'esercizio dell'attività professionale, eccetto il normale lavoro d'ufficio, per soggetti che appartengono a Forze o Corpi Armati, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco;
- attività subacquee;
- attività lavorative di qualsiasi tipo in regioni attualmente in stato di crisi o di calamità naturale, secondo le informazioni pubblicate dal ministero degli esteri sul sito www.viaggiasesicuri.it ;
- pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero;
- collaudatore di veicoli;

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i sinistri dovuti all'esercizio delle seguenti attività sportive:

- qualunque come professionista;

- come non professionista:
 - arti marziali quali pugilato, karatè, judo, lotta nelle sue varie forme;
 - sollevamento pesi;
 - sport aerei quali deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping, volo a vela, aerei superleggeri;
 - immersioni subacquee;
 - sport con mezzi a motore quali gare su strada o fuori strada, con mezzi a due o quattro ruote;
 - attività sportive in montagna, al di sotto di 5.000 metri di altitudine e non in Antartide, Artico, Alaska e/o Groenlandia:
 - sci o snowboard, competitivi; sci alpinismo, alpinismo, non in solitaria; arrampicate su pareti naturali di qualsiasi grado, non in solitaria; escursioni/trekking, in solitaria; escursioni su neve con uso di ciaspole, in solitaria;
 - sci alpinismo o alpinismo, in solitaria; arrampicate su pareti naturali di qualsiasi grado, in solitaria;
 - sci dall'elicottero/elisci.
 - qualunque attività sportiva in montagna al di sopra di 5.000 metri di altitudine oppure in Antartide, Artico, Alaska e/o Groenlandia;
 - allenamento e partecipazione a competizioni ippiche;
 - bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino);
 - rugby, baseball, hockey;
 - salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico;
 - speleologia;
 - motonautica.

Art.7 - Limitazioni delle prestazioni - Periodo di qualificazione

7.1. La prestazione assicurata dal Contratto, nel caso in cui l'Assicurato diventi non autosufficiente, verrà corrisposta se l'Assicurato sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di 90 (novanta) giorni, calcolato a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.

Cosa si intende per periodo di qualificazione?

Il periodo di qualificazione è il periodo di tempo che intercorre tra il momento in cui l'Assicurato è diventato non autosufficiente e quando ha inizio il pagamento della prestazione assicurata da parte della Compagnia.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art.8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

8.1. Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. **Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e il consenso alla stipula del Contratto** da parte della Compagnia.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che Arca Vita S.p.A. non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione delle garanzie richieste dal Contraente, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Arca Vita S.p.A. stessa:

- **quando esiste dolo o colpa grave, ha il diritto:**
 - **di rifiutare, in caso di Sinistro, qualsiasi pagamento;**
 - **di contestare la validità del Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**

- **quando non esiste dolo o colpa grave, ha il diritto:**
 - **di ridurre, in caso di Sinistro, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato;**
 - **di recedere dal Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

Eventuali dichiarazioni rese o informazioni comunque fornite e/o acquisite relativamente ad altri contratti di assicurazione stipulati con Arca Vita S.p.A. non dispensano dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero, esatto e completo la reale entità del rischio con riferimento al presente Contratto.

8.2. L'inesatta indicazione dell'Età dell'Assicurato comporta in ogni caso una rettifica delle prestazioni assicurate sulla base dei dati reali.

Art.9 - Denuncia di sinistro e Documentazione richiesta per il pagamento delle Prestazioni

9.1. Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a comprovare i presupposti dell'obbligo di pagamento e ad individuare esattamente l'avente diritto, così come riportato nell'ALLEGATO A - "Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento".

9.2. Richieste motivate di altra documentazione

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti, specificandone la motivazione, prima di procedere al pagamento.

Art. 10 - Denuncia e valutazione dello stato di non autosufficienza

10.1. Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di non autosufficienza, così come definito all'Art.3 (Definizione di non autosufficienza), deve essere fatta denuncia alla Compagnia al fine di chiedere il pagamento della prestazione assicurata

La richiesta di liquidazione può essere consegnata all'Intermediario incaricato presso cui il Contratto è in gestione o può essere inviata direttamente alla Compagnia a mezzo raccomandata A/R.

La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte di Arca Vita S.p.A. della comunicazione relativa alla non autosufficienza, completa di tutta la documentazione richiesta nell'Allegato A.

La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte della denuncia, la Compagnia invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso, nonché dal medico curante ed ospedaliero. Inoltre, dovranno essere fornite le cartelle cliniche complete dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Nel caso in cui gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza risultassero insufficienti, la Compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

La Compagnia entro 90 (novanta) giorni dalla data di denuncia del sinistro, completa di tutta la documentazione utile a valutare se vi sia o meno la perdita dello stato di autosufficienza, comunicherà per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno la perdita di autosufficienza e il diritto alla prestazione.

10.2. In caso di decesso dell'Assicurato prima che sia completato l'accertamento dello stato di non autosufficienza dello stesso:

- se il decesso avviene durante il periodo di qualificazione di cui all'Art.7 (Limitazioni delle prestazioni - Periodo di qualificazione) il contratto si risolve, la Compagnia non effettua alcun pagamento e i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

- se il decesso avviene dopo il periodo di qualificazione, lo stato di non autosufficienza si considera riconosciuto, purché il decesso sia provocato dalla causa a cui è dovuto lo stato di non autosufficienza.

10.3. Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di tre medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle competenze per il terzo medico rimane a carico della parte soccombente. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo casi di violenza, dolo, errore o violazioni dei 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 qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 11 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

11.1. Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto ad informarne la Compagnia mediante comunicazione scritta, da inoltrarsi entro 60 giorni dal momento in cui tale stato è venuto meno.

11.2. Alla scadenza di ogni anno dall'inizio dell'erogazione della rendita, la Compagnia si riserva inoltre, la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad accertamenti o di richiedere all'Assicurato documentazione medica al fine di verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza e di richiedere il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato datato non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di spedizione alla Compagnia.

11.3. L'accertamento da parte della Compagnia del venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato è attestato da comunicazione scritta e comporta:

- la sospensione dell'erogazione della rendita vitalizia mensile di cui all'Art.2 (Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza);
- la riattivazione del pagamento del Premio del Contratto;
- il recupero di eventuali rate di rendita vitalizia mensile corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

11.4. L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi agli accertamenti atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza o la mancata produzione della relativa documentazione medica, comporterà l'immediata sospensione dell'erogazione della rendita mensile vitalizia, nonché la riattivazione del pagamento del Premio annuo dovuto.

Art.12 - Pagamenti della Compagnia

12.1. La Compagnia, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e, all'ulteriore condizione che sia terminato il periodo di qualificazione di cui all'Art. 7(Limitazioni delle prestazioni - Periodo di qualificazione), metterà a disposizione degli aventi diritto la somma dovuta entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso. Il pagamento mediante bonifico su conto corrente bancario indicato dall'avente diritto si intende effettuato dalla Compagnia nel momento in cui impartisca l'ordine di bonifico ed a rischio dell'avente diritto.

12.2. In caso di inadempimento dell'obbligo di pagamento del dovuto nel termine stabilito, la Compagnia sarà unicamente tenuta a corrispondere a titolo di risarcimento del danno agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana. L'importo dovuto dalla Compagnia a titolo di Prestazione assicurata non è altrimenti soggetto a variazioni quindi, a titolo esemplificativo, non

è ulteriormente rivalutato né aumentato per interessi dopo che si sia verificato l'Evento assicurato.

Quando e come devo pagare?

Art.13 - Composizione del Premio

13.1. Il Premio annuo viene determinato in base all'Età, alla prestazione assicurata nonché ad eventuali fattispecie che determinino un aggravamento del rischio (Sovrappremi) in relazione alla situazione sanitaria dell'Assicurato stesso. I premi sono inoltre differenziati in base al periodo a cui si riferiscono:

- Periodo A: Premio annuo costante dalla data di decorrenza del Contratto fino alla scadenza richiesta dal Contraente;
- Periodo B: Premio annuo costante dalla scadenza del Periodo A, così come scelta dal Contraente e a vita intera.

13.2 Il Contraente è tenuto al pagamento del Premio annuo, così come indicato nella Proposta accettata dalla Compagnia. Resta comunque convenuto che, qualora in fase di assunzione della Proposta venga rilevata la presenza di fattispecie che determinino un aggravamento del rischio, la Compagnia provvederà ad adeguare l'importo del Premio annuo dovuto ed a sottoporre lo stesso al Cliente prima della Conclusione del Contratto.

13.3. La prima annualità di premio è gravata delle Spese di emissione del Contratto, pari ad € 30,00. Le annualità successive sono gravate delle spese di incasso del Contratto, pari ad € 30,00.

Su ogni Premio, Arca Vita S.p.A. trattiene, a titolo di Caricamento, un costo espresso in percentuale del Premio netto, pari al 40,00% nel Periodo A e al 24,00% nel Periodo B.

Il pagamento del Premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili. In tale caso non saranno applicati interessi di frazionamento.

Il Premio è inoltre comprensivo del costo per il pagamento della rendita di cui all'Art.2 (Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza).

Art.14 - Pagamento del Premio

14.1. Il Premio iniziale deve essere corrisposto alla Compagnia mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente in conformità alla Proposta.

Il Premio iniziale si intende pagato alla Compagnia nel momento in cui quest'ultima abbia la materiale disponibilità delle corrispondenti somme.

14.2. Le rate di Premio successive dovranno essere anch'esse corrisposte mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente oppure, in caso di estinzione di tale c/c potranno essere corrisposte mediante bonifico bancario a favore della Compagnia, specificando nella causale nome e cognome del Contraente e il numero di polizza.

Il Contraente autorizza la banca, in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti, con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n. 11, ad addebitare il proprio conto corrente per i versamenti alla sottoscrizione e successivi. La Compagnia potrà modificare il conto corrente di cui sopra, comunicando per iscritto al Contraente la variazione, la quale avrà effetto dal momento di ricevimento della predetta comunicazione da parte del Contraente o dalla data successiva eventualmente precisata nella comunicazione stessa.

Art.15 - Rivedibilità del Premio

15.1. Trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza del Contratto o dalla precedente revisione, la Compagnia si riserva la facoltà di rivedere il Premio annuo (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008), qualora le rilevazioni statistiche nazionali o internazionali sulla popolazione (di fonte ISTAT o altro ente qualificato) oppure le rilevazioni statistiche condotte su portafogli assicurativi, evidenzino un effettivo incremento dei tassi di incidenza dei casi di sinistralità tali da richiedere modifiche sui versamenti successivi.

15.2 Nel caso in cui la revisione comporti una variazione peggiorativa del Premio, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di Premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del Contratto dal quale avrà effetto la revisione.

15.3 Il Contraente ha facoltà di non accettare il nuovo premio, inviando, entro 60 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto, lettera raccomandata alla Compagnia. In tale caso il Contratto resterà in vigore mantenendo invariato il premio dovuto, ma la Compagnia provvederà a ricalcolare sia l'importo della rendita assicurata in caso di perdita dell'autosufficienza, sia l'importo del capitale aggiuntivo una tantum e comunicherà per iscritto al Contraente i nuovi importi. In assenza di indicazioni del Contraente nel termine sopra riportato, la Compagnia procederà in via automatica all'applicazione del nuovo importo del Premio, mantenendo inalterato l'importo della rendita assicurata in caso di non autosufficienza e del capitale aggiuntivo una tantum.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.16 - Conclusione, Decorrenza e Cessazione dell'assicurazione

16.1. Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta completa in ogni sua parte, riceva da parte della Compagnia comunicazione scritta di accettazione della Proposta. In questo caso, la Proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di Polizza. L'accettazione della Compagnia si presume conosciuta dal Contraente nel momento in cui la comunicazione da parte della Compagnia giunga all'indirizzo del Contraente indicato nella Proposta.

16.2. Il Contratto concluso **decorre dalle ore 24:00** della data indicata in Proposta come Data di decorrenza, alla condizione che il pagamento del Premio iniziale sia andato a Buon fine.

Il mancato pagamento del Premio posticipa la Decorrenza del Contratto e quindi delle Prestazioni assicurate, fino alle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del Premio iniziale alla Compagnia sia andato a Buon fine, di conseguenza la Compagnia non pagherà eventuali sinistri avvenuti prima del pagamento del Premio iniziale.

La Cessazione dell'assicurazione si verifica con il realizzarsi del primo dei seguenti accadimenti:

- ricevimento da parte della Compagnia della comunicazione di recesso del Contraente nell'esercizio del Diritto di ripensamento;
- esercizio del Diritto di recesso da parte della Compagnia a seguito di mancato Buon fine del pagamento del premio;
- ricevimento da parte della Compagnia della comunicazione di recesso del Contraente conseguente a modificazioni unilaterali del Contratto ad iniziativa della Compagnia;
- decesso dell'Assicurato;
- ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del Contratto.

16.3. Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni e la documentazione necessari al fine dell'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini antiriciclaggio; in mancanza la Compagnia attua l'obbligo di astensione così come disciplinato dalla norma pro tempore vigente.

Art.17 - Durata contrattuale ed Età dell'Assicurato

17.1. La Durata contrattuale coincide con la vita intera dell'Assicurato ed è compresa tra la Data di decorrenza del Contratto e il decesso dell'Assicurato. L'Assicurato deve avere un'Età assicurativa compresa tra 18 e 60 anni alla Data di decorrenza del Contratto.

Art.18 - Sospensione e Riattivazione

18.1. Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della rata, la sospensione della garanzia, qualunque sia il numero di rate di Premio il cui

pagamento sia andato a buon fine sino a quel momento.

18.2. Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio il cui pagamento non sia andato a buon fine, il Contraente ha comunque diritto di riattivare la copertura assicurativa pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione della copertura assicurativa può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta di Arca Vita S.p.A., che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione.

L'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno in cui il pagamento dell'importo dovuto sia andato a Buon fine.

18.3. Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio il cui pagamento non sia andato a Buon fine, l'assicurazione non può più essere riattivata. In tale caso il contratto è risolto di diritto, la Polizza si estingue ed i Premi versati resteranno acquisiti da Arca Vita S.p.A..

Come posso revocare la Proposta o recedere dal Contratto ?

Art.19 - Revoca della Proposta

19.1. Il Contraente può revocare la Proposta **fino al momento della Conclusione del Contratto.**

La comunicazione di revoca può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la comunicazione di revoca si riferisca.

La Compagnia restituisce le somme eventualmente pagate dal Contraente entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca della Proposta.

Cosa succede se revoco la Proposta?

Revocare la Proposta significa bloccare il processo di conclusione del Contratto, che pertanto non avrà più alcun effetto.

Arca Vita, dal momento in cui riceve la comunicazione della revoca, ha 30 giorni di tempo per restituire le somme eventualmente già versate.

Art.20 - Recesso

20.1. Il Contraente può recedere dal Contratto **entro sessanta giorni dal momento in cui è informato della sua Conclusione.**

La richiesta di recesso può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare il Contratto a cui si riferisce.

La Compagnia restituisce al Contraente la somma eventualmente corrispostale a titolo di Premio iniziale.

L'efficace esercizio del Diritto di recesso libera la Compagnia e il Contraente da qualsiasi obbligo derivante dal Contratto a partire dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata (fa fede il timbro postale), oppure dalle ore 24:00 della data della richiesta sottoscritta presso l'intermediario collocatore.

Posso recedere del contratto? Cosa succede in quel caso?

E' possibile recedere dopo la conclusione del Contratto, entro 60 giorni.

Arca Vita dal momento in cui riceve la comunicazione del recesso, ha 30 giorni di tempo per restituire al Contraente le somme versate.

A seguito del recesso il contratto cessa di avere effetto.

Sono previsti riscatti o riduzioni?

Art.21 - Riscatto e riduzione

21.1. Il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Altre informazioni

Art.22 - Beneficiari delle Prestazioni assicurate

22.1. Il Beneficiario delle prestazioni assicurate dal Contratto in caso di non autosufficienza è l'Assicurato stesso. Tale designazione non è modificabile.

Art.23 - Variazioni contrattuali

23.1. Qualsiasi modifica del Contratto potrà farsi esclusivamente su accordo delle Parti in forma scritta, eccezion fatta per le seguenti modifiche:

la Compagnia può modificare unilateralmente il Contratto:

- sia per conformarlo a sopravvenute disposizioni normative od a sopravvenuti mutamenti di indirizzi giurisprudenziali sia per adeguarlo all'originario equilibrio contrattuale che fosse alterato da sopravvenuti mutamenti della disciplina fiscale applicabile al Contratto o alla Compagnia. In tali casi, la Compagnia comunicherà al Contraente le modifiche contrattuali alla prima occasione utile.
- **Quando ricorra un giustificato motivo**, purché la modifica non comporti una variazione delle condizioni economiche in senso meno favorevole per il Contraente. In tale ipotesi la Compagnia provvederà a dare comunicazione delle variazioni al Contraente con preavviso di almeno sessanta giorni rispetto al termine iniziale di decorrenza dei relativi effetti. **Il Contraente, entro il termine di decadenza di trenta giorni dal ricevimento di tale comunicazione, potrà recedere dal Contratto mediante comunicazione da effettuarsi tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento.** Qualora non sia stato esercitato il Diritto di recesso nei tempi e nei modi previsti, le variazioni comunicate produrranno effetti al termine del periodo di preavviso.

Art.24 - Cessione, pegno o vincolo

24.1. Il Contraente può cedere a terzi il Contratto, secondo quanto disposto dagli Artt.1406 ss. c.c., e può altresì disporre dei crediti verso la Compagnia derivanti dal Contratto costituendo pegni o vincoli.

Gli atti di cessione, nonché di pegno o vincolo divengono efficaci nei confronti della Compagnia solo dopo che quest'ultima ne abbia ricevuto apposita comunicazione in forma scritta da parte del Contraente e ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su Appendice.

Inoltre, l'efficacia dei detti atti nei confronti della Compagnia presuppone la dichiarazione di assenso dell'eventuale Beneficiario irrevocabile nonché, nel caso di pegno o vincolo, gli atti dispositivi del Contratto e dei diritti da esso nascenti richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.

Art.25 - Tasse ed imposte

25.1. Tasse ed imposte relative o connesse al Contratto e così anche alle Prestazioni assicurate sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e dei rispettivi aventi causa.

Art.26 - Foro competente

26.1. Per le controversie relative al presente Contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

Art.27 - Lingua e legge applicabile

27.1. Il Contratto ed ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana, che è l'unica lingua del rapporto.

27.2. Al Contratto si applica la legge italiana.

Art.28 - Verifiche richieste dalla normativa vigente

28.1. La Compagnia, prima di concludere il Contratto o in corso di Contratto (ad esempio: al momento di procedere alla Liquidazione delle somme dovute) è tenuta ad effettuare tutti i controlli previsti dalla normativa vigente (ad esempio: normativa antiriciclaggio, FATCA, CRS e da altre normative di riferimento tempo per tempo vigenti). Pertanto, la Compagnia, anche per il tramite dell'intermediario, potrebbe richiedere la necessaria ed aggiornata documentazione aggiuntiva indispensabile al corretto adempimento degli obblighi derivanti dalla normativa vigente.

28.2. A seguito delle attività descritte al punto precedente, si evidenzia che l'operatività relativa al Contratto (ad esempio: Conclusione del contratto, attività di investimento e/o disinvestimento, Recesso, Liquidazione delle somme dovute, etc) potrebbe non rispettare le tempistiche descritte nelle condizioni di assicurazione per le motivazioni di cui al comma 1.

Art.29 - Vendita a distanza

29.1. L'intermediario ha facoltà di vendere questo prodotto mediante tecniche di comunicazione a distanza. La vendita tramite la suddetta modalità potrà avvenire nel rispetto di quanto previsto della normativa tempo per tempo vigente, con particolare (ma non esaustivo) riferimento al Codice delle Assicurazioni Private, al Codice del Consumo e al Regolamento IVASS.n.40/2018 e loro successive modificazioni e/o integrazioni.

ALLEGATO A

Documentazione da presentare alla società in relazione alla causa del pagamento

Documentazione da presentare alla Compagnia - per il tramite del competente Intermediario o direttamente a mezzo lettera raccomandata - in relazione alla causa del pagamento richiesto

Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza	<ul style="list-style-type: none">- richiesta di Liquidazione compilata e sottoscritta dall'avente diritto, che potrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia e disponibile presso l'Intermediario oppure su carta semplice;- fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale dell'avente diritto;- certificato attestante la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica, redatta su apposito modulo predisposto dalla Compagnia e disponibile presso l'Intermediario oppure su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso;- documentazione, informazioni e/o dichiarazioni previsti dalla normativa vigente in materia antiriciclaggio;
Prestazione assicurata in caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente	<ul style="list-style-type: none">- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dal Contraente (delegato all'operazione o legale rappresentante) che potrà essere effettuata su carta semplice oppure utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia;- fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e del codice fiscale del delegato all'operazione o del legale rappresentante;- comunicazione della sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato stesso contenente la richiesta di pagamento, che potrà essere effettuata su carta semplice oppure utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia;- relazione medica sulle cause e sul decorso della malattia o lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità totale e permanente;- copia del verbale della commissione dell'INPS e/o dell'INAIL e/o della Commissione Invalidi Civili attestante il grado di invalidità, fermo restando che il grado di invalidità totale e permanente verrà determinato ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12/07/2000, concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali;- assenso scritto dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio;- documentazione, informazioni e/o dichiarazioni previsti dalla normativa vigente in materia antiriciclaggio

Richieste motivate di altra documentazione

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti, specificandone la motivazione, prima di procedere al pagamento.

A titolo esemplificativo, è necessario che siano consegnati da ciascun avente diritto i seguenti documenti:

- qualora la pretesa di pagamento sia formulata allorché il Contraente sia già deceduto, copia autentica del testamento, o, in mancanza dello stesso, dichiarazione sostitutiva di atto notorio o atto notorio dove risulti che il Contraente è deceduto senza lasciare testamento;

- qualora tra gli aventi diritto vi siano minori od incapaci, l'originale o la copia autentica del provvedimento o dei provvedimenti del Giudice tutelare in cui si contenga l'autorizzazione dell'esercente la potestà parentale o il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, nonché l'esonero della Compagnia da responsabilità per il pagamento all'esercente la potestà parentale o al tutore;
- nel caso in cui siano indicati come Beneficiari "nascituri", eventualmente insieme ad altri, un atto notorio attestante che l'eventuale persona dalla quale i "nascituri" possano nascere non si trova in stato di gravidanza oppure il certificato anagrafico di morte di tale persona contenente la data di nascita.



Salva Sogni Per te

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



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

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

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

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

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

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

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

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

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol ⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa ⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4). La informiamo che nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

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

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

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

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

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione e banche distributrici ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società) per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la conservazione a norma della documentazione di polizza; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- 6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di conservazione digitale a norma; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 7) Arca Assicurazioni S.p.A., Arca Sistemi S.c.ar.l., Arca Inlinea S.c.ar.l. e altre società del Gruppo Assicurativo Unipol 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.