

Contratto di assicurazione infortuni

“PROTEZIONE24”

Fascicolo Informativo

edizione 26 Novembre 2016

Il presente Fascicolo Informativo contiene i seguenti documenti:

- 1) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;**
- 2) Condizioni Generali di Assicurazione;**
- 3) Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti.**

Deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Avvertenza: prima della sottoscrizione del Contratto leggere attentamente la Nota Informativa.

Arca Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: Via del Fante, 21 - 37122 Verona (Italia) - arcaassicurazioni@pec.unipol.it
tel. 045 8192111 - fax 045 8192630

Capitale sociale Euro 50.762.146,72 i.v. - P.IVA - C.F. - Iscrizione Registro delle Imprese di Verona n. 02655770234
autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. ISVAP 11/09/96 N. 330, G.U. 18/09/96

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00123 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.arcassicura.it

“PROTEZIONE24”

1) Nota Informativa, comprensiva del Glossario

Indice:

Nota Informativa p. 2

Glossario p. 9

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto da IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dello stesso.

La presente Nota Informativa viene consegnata da Arca Assicurazioni S.p.A. a tutti coloro che intendono stipulare il contratto "Protezione24" al fine di illustrarne le caratteristiche in conformità con quanto previsto dal D. Lgs. n. 209/2005 e relativi regolamenti attuativi.

La invitiamo pertanto a **leggere con attenzione** tutte le indicazioni della presente Nota Informativa e delle relative Condizioni di Assicurazione, **prima della sottoscrizione della polizza.**

I titoli delle clausole e le parti che prevedono oneri e obblighi a carico del contraente e dell'assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come **"Avvertenze"** sono **evidenziati in questo modo e sono da leggere con particolare attenzione.**

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.arcassicura.it. Arca Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

La informiamo che, in ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 35/2010 – Titolo IV, dal 31 ottobre 2013, sul sito istituzionale della Compagnia www.arcassicura.it potrà accedere ad un'apposita area riservata per consultare la propria posizione assicurativa. La invitiamo ad accedere al sito per la prima registrazione e per conoscere le modalità con cui sarà possibile completare l'accreditamento a tale area riservata.

Per ogni chiarimento, Arca Assicurazioni le ha messo a disposizione il numero verde 800-849089 per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni Generali

- a) Arca Assicurazioni S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol.
- b) Sede Legale e Direzione Generale in Italia, Via del Fante, 21 - 37122 Verona
- c) Recapito telefonico. 045.8192111; Sito Internet www.arcassicura.it; posta elettronica informa@arcassicura.it pec arcaassicurazioni@pec.unipol.it
- d) **Arca Assicurazioni S.p.A.** è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n. 330 dell'11 settembre 1996 (G.U. n. 219 del 18/09/1996) ed è iscritta all'Albo delle imprese assicurative al numero **1.00123**.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Le informazioni che seguono sono relative all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2015.

- ❖ Patrimonio netto pari a 106,4 milioni di euro;
- ❖ Capitale sociale pari a 50,8 milioni di euro;
- ❖ Totale riserve patrimoniali pari a 32,8 milioni di euro;
- ❖ Indice di solvibilità: 3,40; tale indice rappresenta, secondo la normativa vigente al 31.12.2015, il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile pari a 87.815 migliaia di euro e l'ammontare del margine richiesto pari a 25.826 migliaia di euro.

B. Informazioni sul contratto

Il prodotto può essere collocato anche a distanza, la nota informativa è stata integrata come da regolamento 34 art. 8 del D.LGS 6 settembre 2005 n. 206 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis "CODICE AL CONSUMO".

Avvertenza: Il contratto è con tacito rinnovo, pertanto in mancanza di disdetta da comunicarsi mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto, **il contratto è prorogato per un anno e così successivamente** (art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

E' opzionabile il non tacito rinnovo con conseguente decadenza della garanzia automaticamente alle ore 24:00 della data di scadenza contratto indicata in polizza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

"Protezione24" è una copertura assicurativa infortuni:

- **dei danni fisici alle persone assicurate**, provocato da infortunio occorso alle persone assicurate, nonché da invalidità permanente dovuta a malattia;
- **del danno economico causato da infortunio delle persone assicurate**, che provochi la perdita temporanea della capacità di svolgere la propria attività lavorativa, sia che questo renda o meno necessario un ricovero in struttura ospedaliera, tramite l'erogazione di un importo fisso giornaliero (diaria);
- **del danno economico causato da infortunio** alle persone assicurate, che comporti ricovero in struttura ospedaliera, tramite l'erogazione di un importo fisso giornaliero (diaria);
- **del rimborso delle spese di cura sostenute in conseguenza dell'infortunio** delle persone assicurate.

Inoltre, **per i casi di emergenza riguardanti le persone assicurate** quali: necessità di un medico o di consulenze di carattere medico o sanitario è possibile richiedere l'intervento di un supporto specializzato (**Assistenza**).

E' possibile sottoscrivere la polizza nelle tre diverse forme:

- Copertura completa che comprende tutte le attività (professionali e non) svolte dall'assicurato 24 ore su 24 (art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione).
- Copertura professionale che copre l'attività professionale dichiarata in polizza (art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione).
- Copertura extraprofessionale che copre le attività che non vengono svolte a carattere professionale (art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

La copertura assicurativa si compone delle seguenti Sezioni:

- 1 - Morte da infortunio
- 2 – Invalidità permanente da infortunio
- 3 - Inabilità temporanea da infortunio
- 4 - Diaria da infortunio
- 5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio
- 6 - Invalidità permanente da malattia
- 7 - Norme in caso di sinistro infortuni e malattia
- 8 - Assistenza

delle Condizioni Generali di Assicurazione

Avvertenza:

La polizza prevede delle limitazioni territoriali così come riportato agli art. 13 CGA – Norme che regolano l'assicurazione in generale.

Avvertenza: nella polizza sono previste le **esclusioni** previste negli artt. 20 e 23 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, nell'art. 5.1 Sezione 5 – Rimborso spese sanitarie da infortunio, nell'art. 6.6 delle Norme che regolano l'assicurazione malattie e negli artt. 8.12 e 8.13 delle Norme che regolano l'assicurazione Assistenza.

Le garanzie sono prestate con l'applicazione **delle Franchigie e degli Scoperti** previste negli articoli di seguito indicati:

Franchigie

Sezione	art. CGA
1 – Morte da infortunio	Nessuna
2 – Invalidità permanente da infortunio	2.2 -
3 – Inabilità temporanea da infortunio	3.2
4 – Diaria da infortunio	Nessuna
5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio	5.1
6 - Invalidità permanente da malattia	6.4
7 – Norme in caso di sinistro infortuni e malattia	Nessuna
8 - Assistenza	Nessuna

Inoltre sono previsti **scoperti e franchigie** nelle seguenti condizioni speciali e aggiuntive:

Franchigie

Condizioni speciali	IP1 – IP2 – IP3 – IP4 – IP5 – IP6 – IP7 IT1 – IT2 – IT3 – IT4 – IT5
Condizioni aggiuntive	A4 – A5 – A6 – A7 – A8 – A9

Le garanzie definite sulla base dei massimali, somme assicurate convenuti sono **prestate con i limiti** previsti negli articoli 13, 21 e 22 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni e negli articoli di seguito indicati:

Limiti

Sezione	art. CGA
1 – Morte da infortunio	1.2
2 – Invalidità permanente da infortunio	Nessuno
3 – Inabilità temporanea da infortunio	3.1
4 – Diaria da infortunio	4.2 – 4.3
5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio	5.1
6 - Invalidità permanente da malattia	6.3
7 – Norme in caso di sinistro infortuni e malattia	Nessuno
8 - Assistenza	Nessuno

Inoltre sono previsti **limiti** nelle condizioni complementari C2 E C3 pag. 14 e nella condizione aggiuntiva A1.

Avvertenza: Si precisa che la garanzia Invalidità Permanente da Malattia prevede l'adeguamento del premio così come previsto all'articolo 6.2 della Sezione 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: nella polizza è presente un limite di età per poter accedere alle garanzie previste pari ad anni 79.

Riportiamo di seguito alcune esemplificazioni per comprendere gli effetti dell'applicazione di scoperti e franchigie:

Applicazione di limiti e franchigie

Esempio 1 – Sezione 2 - Invalidità permanente da infortunio

Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio € 400.000,00 (forma base art 2.2 sezione II delle Condizioni Generali di Assicurazione).

L'assicurato riporta una invalidità permanente quantificata nella percentuale del 18%.

Come previsto dall'art. 2.2 - sezione 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione viene applicata una franchigia pari al 3% sulla somma assicurata fino a € 250.000,00 sulla somma eccedente una franchigia pari al 10%

Il risarcimento verrà determinato come segue:

Sui primi € 250.000,00 18% - 3% franchigia = 15%, quindi € 250.000,00 x 15% = € 37.500,00

Sugli ulteriori € 150.000,00 18% - 10% franchigia = 8%, quindi € 150.000,00 x 8% = € 12.000,00

Risarcimento totale € 49.500,00

Esempio 2 – Sezione 3 - Inabilità temporanea da infortunio

Diaria per inabilità temporanea € 40,00 (forma base art. 3.2 sezione 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

L'assicurato, a causa di infortunio si trova per 20 giorni nell'impossibilità di svolgere le normali attività previste dalla sua professione, senza necessità di ricovero ospedaliero.

In base all'art. 3.2 – sezione 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione la corresponsione della diaria avviene previa detrazione di una franchigia di 7 giorni.

Il risarcimento verrà determinato come segue:

giorni di inabilità 20 – 7 giorni di franchigia = giorni 13, quindi 13 giorni di diaria x € 40,00 = € 520,00.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza: le **dichiarazioni rese** alla Società ai fini della valutazione del rischio, devono essere necessariamente **esatte e complete**. Le eventuali **dichiarazioni inesatte e le reticenze** potrebbero infatti essere **causa di annullamento e/o risoluzione del contratto**, e comportare la **riduzione o la mancata corresponsione della prestazione assicurativa**, così come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile e Art. 1 - 6 e 7.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Se durante la vita del contratto, le circostanze dei rischi originariamente descritti nelle varie sezioni subissero delle variazioni tali da comportarne modifiche sostanziali, tali modifiche, devono essere comunicate per iscritto alla Società (art. 6 -7 e 7.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

La mancata comunicazione alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo salvo quanto previsto all'art. 6 Condizioni Generali di Assicurazione e art. 1898 del Codice Civile.

Nel contratto sono previste situazioni di non assicurabilità: fare pertanto attenzione nel non ricadere nelle condizioni indicate nell' art. 15.

Riportiamo di seguito un esempio per comprendere gli effetti della mancata comunicazione di circostanze che aggravano il rischio:

Aggravamento del rischio

Esempio – Sezione 2 - Invalidità permanente da infortunio

Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio € 350.000,00 (forma base art 2.2 sezione 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

Professione indicata in polizza "Geometra senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature".

L'assicurato subisce un infortunio durante una ispezione in cantiere con invalidità permanente accertata pari al 15%.

Il risarcimento verrà determinato come segue:

Sui primi € 250.000,00 18% - 3% franchigia = 15%, quindi € 250.000,00 x 15% = € 37.500,00

Sugli ulteriori € 100.000,00 18% - 10% franchigia = 8%, quindi € 100.000,00 x 8% = € 8.000,00

Risarcimento totale € 49.500,00

Tuttavia, a norma dell'art. 7.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione, essendosi verificato l'infortunio in occasione di svolgimento di attività diversa da quella dichiarata (l'accesso a cantieri ed impalcature per un geometra comporta l'assegnazione alla classe di rischio B anziché alla classe A come da tabella delle attività professionali), la liquidazione del sinistro avverrà nella misura proporzionale del 75% pari ad € 37.125,00

6. Premi

Il Premio deve essere pagato ogni anno anticipatamente, ed è possibile il frazionamento semestrale con una maggiorazione a titolo di interesse di frazionamento pari al 3%.

Il versamento del premio può essere effettuato mediante gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

7. Rivalse

Il prodotto "Protezione24" non prevede l'applicazione di rivalse in caso di sinistro.

8. Diritto di recesso

Avvertenza: è facoltà del Contraente e della Compagnia esercitare alla scadenza del contratto **il diritto di recesso** con preavviso di 60 giorni con le modalità previste dall'art. 10 Condizioni Generali di Assicurazione Proroga dell'assicurazione.

Avvertenza: nel caso di vendita a distanza ai sensi del D.Lgs. 206/2005, il consumatore che ha aderito alla presente polizza, dispone di un termine di quattordici giorni dalla data di conclusione del contratto a distanza per recedere dallo stesso senza penali e senza dover indicare il motivo. Il diritto di recesso si esercita con l'invio, entro il termine di quattordici giorni, di una comunicazione scritta all'intermediario (Istituto Bancario con il quale ha sottoscritto la polizza), mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Tale comunicazione può essere inviata, entro lo stesso termine, anche mediante fax all'intermediario a condizione che la stessa sia confermata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro le 48 ore successive.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono **entro due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto (ad esempio l'accadimento del danno).

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente e sono diversificati per le diverse sezioni:

Sezione	Imposte calcolate sul premio imponibile
1 – Morte da infortunio	2,5%
2 – Invalidità permanente da infortunio	2,5%
3 – Inabilità temporanea da infortunio	2,5%
4 – Diaria da infortunio	2,5%
5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio	2,5%
6 - Invalidità permanente da malattia	2,5%
8 - Assistenza	10%

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro l'assicurato e/o il contraente **devono fare quanto** è loro possibile per **evitare o diminuire il danno**, nonché dare **immediato avviso del sinistro** attraverso il **numero verde 800.484343** alla Società, facendo poi seguito entro 3 giorni con denuncia scritta.

Nel paragrafo "Norme in caso di sinistro" delle Condizioni Generali di Assicurazione, si riportano gli obblighi dell'assicurato e/o del contraente in caso di sinistro.

Le prestazioni di cui alla **sezione Assistenza** sono erogate direttamente da **IMA Italia Assistance S.p.A.**, e della sua Struttura Organizzativa **IMA Servizi S.c.a.r.l.** con sede in Piazza Indro Montanelli 20, 20099 Sesto San Giovanni - Milano alla quale l'assicurato può rivolgersi direttamente.

Numero verde: **800.01.25.29**

Inoltre, nelle Condizioni Generali di Assicurazione contenute nel presente Fascicolo Informativo, sono riportate le **"Modalità di apertura sinistri"** congiuntamente al **Modulo di richiesta di indennizzo**.

13. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Intermediario (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

Arca Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami

Via del Fante 21, 37122 Verona

Fax: 045.8192317 e-mail: 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.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e degli eventuali riscontri forniti dagli stessi;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.arcassicura.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

1. procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; a tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
2. procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
3. procedura di arbitrato, se prevista dalle Condizioni di assicurazione, secondo le modalità nelle stesse riportate.

14. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il contraente o l'assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di Arca Assicurazioni S.p.A., Servizio Sinistri, Via del Fante 21, 37122 Verona, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@arcavita.it ovvero a mezzo fax al n° 045.8192371.

Il prodotto "Protezione24" prevede, in caso di controversia in merito al sinistro, la facoltà di delegare la risoluzione della controversia ad un collegio di Periti come da art. 7.2 – Controversie - arbitrato irrituale. Rimane comunque ferma la facoltà del contraente e della Società di adire l'Autorità Giudiziaria nel rispetto di D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010.

*** **

Arca Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Direttore Generale e rappresentante legale
Dott. Marco Casu**



Glossario

Nel testo delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende per:

ASSICURATO:

la persona il cui interesse é protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO:

la persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi dell'assicurato.

CONTRAENTE:

il soggetto che stipula l'assicurazione e paga il premio.

CONVALESCENZA:

il 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:

la degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

FRANCHIGIA:

la parte di danno, liquidabile a termini di polizza, 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, escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili.

INABILITÀ TEMPORANEA:

la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate, verificatasi a seguito di infortunio.

INDENNIZZO:

la prestazione in denaro dovuta da Arca Assicurazioni in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

INTERVENTO CHIRURGICO:

atto medico perseguibile attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica

INVALIDITÀ PERMANENTE:

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

ISTITUTO DI CURA:

gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale e/o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA IMPROVVISA:

malattia di acuta insorgenza di cui l'assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'assicurato stesso.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione e che è sottoscritto dal contraente/assicurato.

PREMIO:

la prestazione in denaro dovuta dal contraente ad Arca Assicurazioni.

RICOVERO:

la permanenza in istituto di cura che comporti pernottamento.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Arca Assicurazioni S.p.A.

SCOPERTO:

la percentuale dell'importo liquidabile che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato il quale non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farla assicurare da altri.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

è la struttura di IMA Servizi S.c.a.r.l. - Piazza Indro Montanelli 20, 20099 Sesto San Giovanni, Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza con costi a carico della medesima Società.

TERREMOTO:

movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

“PROTEZIONE24”

2) Condizioni Generali di Assicurazione

Indice:

Norme che regolano l'assicurazione in generale	p. 2
Settore infortuni – Forme di copertura	p. 4
Norme che regolano l'assicurazione infortuni	p. 4
Sezione 1 - Morte da infortunio	p. 7
Sezione 2 - Invalidità permanente da infortunio	p. 8
Condizioni speciali – Franchigie Invalidità Permanente da infortunio	p. 10
Sezione 3 - Inabilità temporanea da infortunio	p. 12
Condizioni speciali - Franchigie Inabilità temporanea da infortunio	p. 12
Sezione 4 - Diaria da infortunio	p. 13
Sezione 5 - Rimborso spese sanitarie da infortunio	p. 14
Condizioni complementari	p. 14
Condizioni aggiuntive	p. 15
Norme che regolano l'assicurazione malattie	p. 19
Sezione 6 – Invalidità permanente da malattia	p. 19
Sezione 7 - Norme in caso di sinistro infortuni e malattia	p. 21
Norme che regolano l'assicurazione assistenza	p. 23
Sezione 8 – Assistenza	p. 23
Tabella delle attività professionali	p. 27
Modalità di apertura sinistri	p. 31
Modulo di richiesta indennizzo	p. 32

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - 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.

Art. 2 - Altre assicurazioni

In caso di sinistro, il contraente o l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 Codice Civile.

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il contraente è tenuto a **versare il premio** o le rate di premio **alle scadenze pattuite**. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società. **Se il contraente non paga** i premi successivi, l'assicurazione **resta sospesa** dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 4 - Durata

La durata del presente contratto viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione del contratto stesso e viene indicata sulla polizza.

Art. 5 - Modifiche al contratto

Le eventuali modificazioni al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 6 - Aggravamento del rischio

L'assicurato o il contraente deve **dare comunicazione** scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società **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. 7 - Diminuzione del rischio

Se l'assicurato o il contraente comunicano una diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 – Rinuncia al diritto di surrogazione e assicurazione per conto altrui

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi diritto ad ogni azione di surrogazione verso i terzi responsabili dell'infortunio per gli indennizzi pagati (art. 1916 Codice Civile).

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. 9 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.

Art. 10 – Proroga del contratto, disdetta e diritto di recesso

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata e/o fax spediti almeno **60 giorni prima** della sua scadenza, l'assicurazione è **prorogata di un anno** e così successivamente, salvo che nella polizza venga indicato NO relativamente al tacito rinnovo.

Nel caso di vendita a distanza, ai sensi del D.Lgs. 206/2005, il consumatore che ha aderito alla presente

polizza, dispone di un termine di quattordici giorni dalla data di conclusione del contratto a distanza per recedere dallo stesso senza penali e senza dover indicare il motivo. Il diritto di recesso si esercita con l'invio, entro il termine di quattordici giorni, di una comunicazione scritta all'intermediario (Istituto Bancario con il quale ha sottoscritto la polizza), mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Tale comunicazione può essere inviata, entro lo stesso termine, anche mediante fax all'intermediario a condizione che la stessa sia confermata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro le 48 ore successive.

Art. 11 – Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 12 - Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Art. 13 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in Euro. **Qualora tuttavia l'inabilità temporanea si verifichi al di fuori degli Stati europei o di quelli Africani e Asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, l'indennizzo viene liquidato limitatamente al periodo di ricovero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro nei suddetti Stati.**

Art. 14 – Limiti di età

Per quanto riguarda le garanzie INFORTUNI **non sono assicurabili le persone** che nel corso di validità del contratto **superino l'80° anno d'età.**

Resta inteso che qualora l'assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Per quanto riguarda la garanzia invalidità permanente da malattia **non sono assicurabili le persone** che nel corso di validità del contratto superino il 65° anno d'età. Resta inteso che qualora l'Assicurato **compia il 65° anno di età** durante il periodo di validità del contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annua di polizza successiva al compimento del sessantacinquesimo anno d'età.

Art. 15 - Persone non assicurabili

Premesso che Arca Assicurazioni, 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'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo di Arca Assicurazioni di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, Arca Assicurazioni rimborsa al contraente, entro 45 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. 16 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Settore Infortuni – Forme di Copertura

La Forma di Copertura operante, per ogni assicurato, è quella esplicitamente richiamata sulla polizza.

Art. 17 - Forma di copertura completa

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate in polizza;
- di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

Art. 18 – Forma di copertura professionale

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate in polizza.

Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa (rischio in itinere).

Art. 19 – Forma di copertura extraprofessionale

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento:

- di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nell'esercizio delle attività descritte nelle Forme di Copertura (vedi artt. 17 – 18 – 19) e riportate in polizza.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente oppure una inabilità temporanea.

L'assicurazione è altresì operante per gli infortuni:

- a) sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- 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 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, ad eccezione di quelli indicati all'art. 23 – “Rischi esclusi” punti d, e, f.

L'assicurazione è estesa anche ai seguenti eventi particolari:

- g) asfissia di origine non morbosa;
- h) avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita e involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- i) avvelenamento del sangue e infezione, **escluso il virus H.I.V.**, 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 determinate da sforzi, non espressamente escluse, salvo quanto specificatamente previsto per le ernie addominali da sforzo;

q) ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:

- se si determina ernia operabile sarà corrisposto, a titolo di inabilità temporanea e sempreché tale garanzia sia prevista in polizza, un indennizzo fino a un massimo di giorni 20;
- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto, a titolo di invalidità permanente, un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per l'invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura, le conseguenze e la operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico di cui all'art. 7.2.

Le suddette garanzie valgono dalla data di effetto dell'assicurazione purché, a tale data, l'assicurato abbia presentato ad Arca Assicurazioni un certificato medico che escluda l'esistenza di ernie addominali. In caso contrario le garanzie valgono dal centottantunesimo giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione.

Se la presente assicurazione ne sostituisce, senza soluzione di continuità, altra che pure comprende il rischio delle ernie addominali da sforzo, in mancanza di presentazione del certificato medico sopraccitato, il computo dei centottantuno giorni inizia:

- dalla data di effetto della precedente assicurazione, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di effetto della presente assicurazione limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste.

Art. 21 - 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 eserciti, **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.

Art. 22 - Calamità naturali

Sono indennizzabili gli infortuni derivanti dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni. Resta convenuto che la presente estensione di garanzia è **operante per i soli** casi di morte ed invalidità permanente e che la Società corrisponderà un **importo massimo pari al 50%** dell'indennizzo dovuto a termini di polizza e **con il limite di € 250.000,00** per ogni persona assicurata. Relativamente a detta estensione, indipendentemente dai criteri di liquidazione operanti in polizza, **l'indennizzo per invalidità permanente** verrà determinato esclusivamente **in base** alle percentuali di valutazione previste **all'art. 2.1** Invalidità Permanente **o, se selezionata**, dalla relativa garanzia aggiuntiva A3 Adozione **tabella INAIL** e liquidato con deduzione di una **franchigia del 10%**.

La presente garanzia non è valida nel caso di polizza con durata inferiore a un anno.

Art. 23 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta e valida abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- c) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerea di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto nell'art. 21 – "Rischio Volo";
- d) dalla pratica di sport comportanti l'uso di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto sportivo" ovvero ultraleggeri, deltaplani, paracadute, parapendio e simili, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in genere (free style), guidoslitta, skeleton, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al terzo comunque effettuato con accompagnamento di guida patentata, arrampicata libera (free climbing), sci d'alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, discesa di rapide, hockey su ghiaccio o a rotelle,

skateboard;

- e) dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball, canottaggio, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e/o competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o Associazioni a esse equiparabili;
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- h) da proprie azioni delittuose o da partecipazione a imprese temerarie;
- i) dallo svolgimento di attività militari;
- j) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 20 – "Oggetto dell'assicurazione";
- k) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- l) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- m) le ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo regolate dall'art. 20 – "Oggetto dell'assicurazione";
- n) gli avvelenamenti, salvo quanto previsto dall'art. 20 – "Oggetto dell'assicurazione", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- o) le rotture sottocutanee dei tendini derivanti da sforzo;
- p) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- q) le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.

Sezione 1 - Morte da infortunio

Art. 1.1 - Morte

In caso di:

- infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'assicurato e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza della polizza, non oltre due anni dal giorno dell'infortunio;
- scomparsa dell'assicurato purché siano comunque trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Arca Assicurazioni liquida ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato, in parti uguali, la somma indicata in polizza per il caso morte da infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo e in seguito l'assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, Arca Assicurazioni ha diritto alla restituzione della somma pagata e relative spese e l'assicurato stesso, a restituzione avvenuta, potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente (si veda successivo art. 7.3).

Art. 1.2 - Morte contemporanea del coniuge

Qualora, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso infortunio che ha causato il decesso dell'assicurato, sia **deceduto anche il coniuge (non assicurato)** e tra i beneficiari della polizza siano compresi figli che alla data del sinistro erano a carico (minorenni o anche maggiorenni se portatori di invalidità di grado pari o superiore al 60%), Arca Assicurazioni liquida un ulteriore indennizzo pari al 100% della somma loro spettante per il caso di morte ma con un **limite massimo assoluto di € 200.000,00**.

La presente norma non trova applicazione quando la morte contemporanea si sia verificata per effetto di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e incidenti aerei.

Sezione 2 - Invalidità permanente da infortunio

Art. 2.1 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente é dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

- A. Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, Arca Assicurazioni corrisponde la somma assicurata.
- B. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale di:	destra	sinistra
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito
Anchilosi:		
- della articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola;	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono – supinazione libera;	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con prono - supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita anatomica o funzionale di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un dito del piede diverso dall'alluce		1%
- falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole		35%
- del ginocchio in estensione		25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto		10%
- della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astralgica		15%
Paralisi completa del nervo:		
- sciatico popliteo esterno		15%

Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

- C. Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- D. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 2.2 - Forme di indennizzo per invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente viene corrisposto in base ai seguenti criteri per ciascun assicurato così come di seguito riportato:

- sulla somma assicurata fino a € 250.000,00 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado **pari o inferiore al 3%** della totale; se esso supera il 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;

- sull'eventuale parte di somma assicurata superiore a € 250.000,00 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado **pari o inferiore al 10%** della totale; se esso supera il 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

Condizioni speciali - Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio (operanti solo se richiamate in polizza)

IP 1 - Franchigia assoluta del 3% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado **pari od inferiore al 3%**; se invece esso risulterà superiore al 3%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 2 – Franchigia assoluta del 5% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado **pari od inferiore al 5%**; se invece esso risulterà superiore al 5%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 3 – Franchigia assoluta del 10% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado **pari od inferiore al 10%**; se invece esso risulterà superiore al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 4 – Franchigia assoluta del 20% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado **pari od inferiore al 20%**; se invece esso risulterà superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 5 - Franchigia relativa al 3% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado **pari o inferiore al 3%** della totale; se esso supera il 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto integralmente senza l'applicazione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 6 - Franchigia assoluta al 3% assorbibile al 10% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se esso **supera il 3%** della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- se l'invalidità permanente è di grado **pari o superiore al 10%** del totale, si farà luogo all'indennizzo senza l'applicazione della franchigia del 3% sull'invalidità permanente;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 7 - Franchigia assoluta al 5% assorbibile al 15% sull'invalidità permanente

A deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente”, la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se esso **supera il 5%** della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- se l'invalidità permanente è di grado **pari o superiore al 15%** della totale, si farà luogo all'indennizzo senza l'applicazione di franchigia del 5% sull'invalidità permanente;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

IP 8 – Condizione speciale PLUS

In deroga dell'art. 2.2 – “Forme di indennizzo per invalidità permanente” si conviene che l'indennizzo verrà effettuato sulla somma assicurata in base alle percentuali riportate nella seguente tabella, fermo restando che la **somma massima liquidabile per la garanzia invalidità permanente non può superare € 1.000.000,00:**

% di ip accertat a	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertat a	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertat a	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertat a	% liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	6	51	94	76	144
2	0	27	7	52	96	77	146
3	0	28	8	53	98	78	148
4	0	29	10	54	100	79	150
5	0	30	12	55	102	80	152
6	0	31	14	56	104	81	154
7	0	32	16	57	106	82	156
8	0	33	18	58	108	83	158
9	0	34	20	59	110	84	160
10	0	35	22	60	112	85	162
11	0	36	24	61	114	86	164
12	0	37	25	62	116	87	166
13	0	38	29	63	118	88	168
14	0	39	33	64	120	89	170
15	0	40	37	65	122	90	172
16	0	41	41	66	124	91	174
17	0	42	45	67	126	92	178
18	0	43	49	68	128	93	182
19	0	44	55	69	130	94	186
20	0	45	60	70	132	95	190
21	1	46	65	71	134	96	192
22	2	47	70	72	136	97	194
23	3	48	80	73	138	98	196
24	4	49	90	74	140	99	198
25	5	50	92	75	142	100	200

Sezione 3 – Inabilità temporanea da infortunio (operante se richiamata in polizza)

Art. 3.1 – Indennità giornaliera da inabilità temporanea

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una inabilità temporanea dell'assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali principali e secondarie dichiarate, Arca Assicurazioni liquida la diaria giornaliera assicurata in polizza:

- integralmente per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle proprie occupazioni.

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro.

Nel caso di **ernie addominali da sforzo** operabili viene corrisposto un indennizzo per un periodo **massimo di 20 giorni**.

Art. 3.2 - Franchigia sull'inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a partire **dall'8° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

Art. 3.3 - Maggiorazione dell' inabilità temporanea

A decorrere dal 60° giorno successivo a quello in cui inizia la prestazione, l'indennizzo per l'inabilità temporanea parziale e totale è aumentato del 50%.

Condizioni Speciali - Franchigie Inabilità Temporanea da Infortunio (operanti solo se richiamate in polizza)

IT 1 - Franchigia assoluta 10 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'art. 3.2 - "Franchigia sull'inabilità temporanea" si conviene che l'indennizzo viene corrisposto a partire **dal 10° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

IT 2 - Franchigia assoluta 15 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'art. 3.2 - "Franchigia sull'inabilità temporanea" si conviene che l'indennizzo viene corrisposto a partire **dal 15° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

IT 3 - Franchigia assoluta 20 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'art. 3.2 - "Franchigia sull'inabilità temporanea" si conviene che l'indennizzo viene corrisposto a partire **dal 20° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

IT 4 - Franchigia assoluta 25 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'art. 3.2 - "Franchigia sull'inabilità temporanea" si conviene che l'indennizzo viene corrisposto a partire **dal 25° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

IT 5 - Franchigia assoluta 30 giorni sull'inabilità temporanea

A deroga dell'art. 3.2 - "Franchigia sull'inabilità temporanea" si conviene che l'indennizzo viene corrisposto a partire **dal 30° giorno** successivo a quello dell'infortunio.

Sezione 4 – Diaria da infortunio (operante se richiamata in polizza)

Art. 4.1 - Diaria da ricovero per infortunio

La **Società** corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero. **La durata massima è di 300 giorni per anno assicurativo.** In caso di ricovero "importante", la diaria viene raddoppiata.

Per ricovero "importante" si intende quello durante il quale vengano effettuati:

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

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Art. 4.2 - Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzioni.

Art. 4.3 - Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di ricovero di durata **superiore a 3 giorni**, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, la Società **corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni per evento.**

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

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

Sezione 5 – Rimborso spese sanitarie da infortunio (operante se richiamata in polizza)

Art. 5.1 – Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, la Società garantisce fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di **spese che non risultano a carico del S.S.N.** il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 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 che precedono. Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisionomica successivi all'infortunio.

b) se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

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

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo **scoperto pari al 10%** della spesa documentata e con il **minimo di Euro 50,00** per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il **30% della somma assicurata**; vengono comunque escluse le spese osteopatiche e omeopatiche.

c) cure e protesi dentarie da infortunio:

- 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.

Il rimborso viene effettuato dalla Società 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 Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Condizioni complementari (automaticamente operanti in polizza)

C 1 – Rottura sottocutanea dei tendini

A parziale deroga dell'art. 23 – Rischi Esclusi, punto o), relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del:

- tendine di Achille;
- tendine del muscolo bicipite brachiale o del bicipite femorale;
- tendine della cuffia dei rotatori

La Società per la sola garanzia di invalidità permanente da infortunio, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari all'1% sulla somma assicurata con il massimo di € 3.000,00 per sinistro, senza applicazione di alcuna franchigia.

C 2 – Danni estetici

In caso di infortunio che comporti oltre all'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche **conseguenze di carattere estetico al viso**, la Società 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 due anni dall'infortunio, verranno riconosciute fino ad un importo **pari al 3% della somma assicurata** per il caso di invalidità permanente, **con il massimo di € 5.000,00**.

C 3 - Perdita anno scolastico

In favore degli studenti assicurati di età non superiore a 20 anni che frequentano in Italia scuole italiane di istruzione primaria e secondaria, in caso di infortunio che, a motivo dell'entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società liquida un indennizzo di € 1.500,00.

La garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole equivalenti a quelle sopra indicate nella Repubblica di San Marino o Città del Vaticano ovvero equivalenti scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

C 4 - Anticipo sull'indennizzo

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società, a titolo di acconto, su richiesta del contraente o dell'assicurato, anticipa l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:

- a) Inabilità Temporanea totale ininterrotta di almeno 45 giorni;
- b) Indennità Giornaliera per ricovero, Convalescenza ed Immobilizzazione Gessata di almeno 30 giorni;
- c) Rimborso Spese di Cura.

L'anticipo di cui sopra verrà erogato solo qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività delle garanzie, entro 45 giorni dalla richiesta, ed una sola volta per sinistro.

C 5 – Maggiorazione del capitale in caso di morte

In caso di morte a causa di rapina, tentata rapina o tentativo di sequestro, il capitale assicurato in caso di morte sarà maggiorato del 20%.

Condizioni aggiuntive (operanti solo se richiamate in polizza)

A 1 - Diaria da gessatura per infortunio

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile mediante demolizione comprese le osteosintesi ed i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società 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 giorni**.

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 forfetaria di 20 giorni, per le altre fratture riportate nel presente capoverso la durata forfetaria è pari a 50 giorni.**

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 default;
- 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, etc.);
- 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.

A 2 - Supervalutazione dell’invalidità permanente

A parziale deroga dell’art. 2.1, si conviene che solo sulla somma assicurata fino a € 300.000,00 alcune percentuali di invalidità permanente vengono modificate come di seguito indicate:

Perdita totale, anatomica o funzionale:	DESTRO	SINISTRO
del braccio o della mano	100%	100%
del pollice	60%	50%
della falange del pollice	40%	35%
dell'indice	60%	50%
della falange dell'indice	40%	35%
del medio	30%	25%
della falange del medio	20%	15%
dell'anulare	15%	10%
del mignolo	15%	10%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%	80%
della facoltà visiva di un occhio	50%	
della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%	
della facoltà auditiva di un orecchio	20%	

In caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

A 3 - Adozione tabella INAIL

A parziale deroga dell’art. 2.1, si conviene che le percentuali di invalidità permanente ivi previste, ferme restando tutte le altre disposizioni, vengono sostituite con quelle di cui all’Allegato 1) del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

A 4 - Estensione dell’assicurazione ad attività sportive escluse dalle Condizioni Generali

A parziale deroga dell’art. 23 lettera e), l’assicurazione è operante per gli infortuni derivanti dalla pratica (gare, prove e allenamenti) delle attività sportive appresso indicate, limitatamente ai casi di morte e/o invalidità permanente e, per ciascuna garanzia, per somme pari a quelle assicurate ma con **un massimo di € 200.000,00**: calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o su ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pentathlon moderno, scherma, baseball e canottaggio purché organizzate o svolte sotto l’egida delle rispettive Federazioni sportive o Associazioni a esse equiparabili e purché non siano esercitate professionalmente o comportino remunerazione sia diretta che indiretta.

A deroga dell’art. 2.2, l’indennizzo per invalidità permanente **è soggetto alla seguente franchigia**: non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l’invalidità permanente sia di grado **pari o inferiore al 5%** della totale; se esso supera il 5% della totale, l’indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

A 5 – Estensione dell'assicurazione alle immersioni subacquee con uso di autorespiratore

A parziale deroga dell'art. 23 lettera d), limitatamente ai casi di morte e/o invalidità permanente e, per ciascuna garanzia, per somme pari a quelle assicurate ma con **un massimo di € 200.000,00**, l'assicurazione è operante per gli infortuni derivanti dalle immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che l'assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da Associazione a ciò legalmente autorizzata.

A deroga dell'art. 2.2, l'indennizzo per l'invalidità permanente è **soggetto alla seguente franchigia**: non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se esso supera il 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

A 6 - Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco comunque accompagnati da guida patentata

A parziale deroga dell'art. 23 lett. d), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie morte, invalidità permanente e Rimborso Spese di Cura da Infortunio (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), dell'alpinismo con scalata di roccia ed accesso a ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco comunque accompagnati da guida patentata. **Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.**

A deroga dell'art. 2.2, l'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetto alla seguente franchigia:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con l'applicazione di **una franchigia di 5 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di **una franchigia di 10 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di **una franchigia di 15 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

A 7 - Speleologia

A parziale deroga dell'art. 23 lett. d), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie morte, invalidità permanente e Rimborso Spese di Cura da Infortunio (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) della speleologia.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'art. 2.2, l'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetto alla seguente franchigia:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con l'applicazione di **una franchigia di 5 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di **una franchigia di 10 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di **una franchigia di 15 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

A 8 - Pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, salto dal trampolino con sci o idrosci

A parziale deroga dell'art. 23 lett. d), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie morte, invalidità permanente e Rimborso Spese di Cura da Infortunio (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) del pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere e salto dal trampolino con sci o idrosci.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'art. 2.2, l'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetto alla seguente franchigia:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con l'applicazione di **una franchigia di 5 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è

dovuto con applicazione di **una franchigia di 10 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;

- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di **15 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

A 9 - Rugby e football americano

A parziale deroga dell'art. 23 lett. d), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, invalidità permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli INFORTUNI derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), del rugby e football americano.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

A deroga dell'art. 2.2, l'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetto alla seguente franchigia:

- a) sulla parte fino a € 250.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con l'applicazione di una franchigia di **5 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte eccedente a € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di **10 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- c) sulla parte eccedente € 500.000,00 di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di **15 punti** percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

A 10 - Rendita vitalizia

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, residui all'assicurato una invalidità permanente da infortunio di grado pari o superiore al 60% della totale - valutato in base alle percentuali e alle altre disposizioni previste dalla "Tabella" operante per il caso di invalidità permanente o eventualmente acquistata dal contraente – la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione dell'indennità per invalidità permanente, riconosce all'assicurato stesso una ulteriore somma uguale a quella liquidata ai sensi delle Condizioni di polizza attraverso la costituzione di una rendita vitalizia immediata rivalutabile.

La costituzione della rendita vitalizia verrà effettuata mediante stipulazione con l'impresa di assicurazione Arca Vita S.p.A. di specifica polizza vita a premio unico, a nome e a favore dell'assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La prestazione di tale polizza vita consiste nel pagamento di una rendita vitalizia, corrisposta in via posticipata sino al decesso dell'assicurato, in base alla periodicità prescelta, e rivalutata annualmente in funzione del rendimento della gestione interna separata "Oscar 100%". Nessuna rata di rendita verrà quindi corrisposta successivamente al decesso dell'assicurato.

I coefficienti applicati da Arca Vita S.p.A. per la determinazione della rendita vitalizia e le relative condizioni contrattuali saranno quelli in vigore all'epoca del sinistro.

Se al momento dell'infortunio l'assicurato avesse un'età inferiore ai 33 anni compiuti, la Società, in sostituzione della rendita, corrisponderà all'assicurato un capitale pari a quello liquidato a termini di polizza.

Il predetto capitale non è soggetto a franchigia alcuna.

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Sezione 6 – Invalidità Permanente da malattia

Art. 6.1 - Invalidità permanente per malattia

La Società corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'assicurato che ha per conseguenza un'invalidità permanente.

Art. 6.2 - Decorrenza della garanzia - termini di aspettativa

La garanzia vale per le invalidità permanenti conseguenti a **malattia manifestatasi dopo il 90° giorno** successivo all'effetto della polizza e comunque non oltre la sua cessazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Si precisa che il premio della garanzia Invalidità Permanente da Malattia viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione dell'età dell'Assicurato nei termini previsti nella tabella di seguito riportata:

Età dell'Assicurato	
Fino a 25 anni	Nessun adeguamento di premio
Da 26 – 64 anni	Adeguamento annuo del premio in misura compresa tra 7,8% e 8,2%

Art. 6.3 - Criteri di indennizzabilità

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

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

In caso di malattia neoplastica la valutazione dei postumi viene effettuata entro un anno dalla prima diagnosi indipendentemente dalla guarigione clinica.

Se a giudizio del medico dell'assicurato e del consulente medico della Società un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

Art. 6.4 - Modalità di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente da malattia e calcolo dell'indennizzo

La prima visita di accertamento dell'invalidità permanente deve essere effettuata in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.

Il grado di invalidità permanente viene accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124, con esclusione di qualsiasi successiva modifica della stessa.

Nei casi non previsti nella Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124, la percentuale di invalidità viene comunque accertata in base ai valori e ai criteri indicati in tabella, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado d'invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle seguenti modalità:

- nessun indennizzo spetta all'assicurato quando il grado di invalidità permanente per malattia è di grado **inferiore al 25%** dell'invalidità totale;
- se l'invalidità permanente è in grado superiore o uguale al 25% la Società liquida un indennizzo

calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella invalidità permanente da malattia sottostante:

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

Art. 6.5 - Decesso anteriore al pagamento

Se l'assicurato decede prima che l'indennizzo per l'invalidità permanente per malattia sia pagato, la Società liquida agli eredi l'importo determinabile sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso.

Art. 6.6 - Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

1. malattie mentali, disturbi psichici, comportamenti nevrotici, sindromi organico cerebrali, schizofrenie, forme maniaco depressive, stati paranoici;
2. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
3. malattie tropicali;
4. intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
6. 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.);
7. di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave;
8. assicurati che abbiano subito accertamenti diagnostici, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più delle seguenti malattie: epilessia o sindromi epilettoidi, vasculopatia cerebrale, malattie del sistema nervoso centrale o periferico, disturbi psichici rilevanti, asma o enfisema polmonare, infarto, coronaropatie, valvulopatie, angina pectoris, ipertensione arteriosa, steatosi epatica o cirrosi, epatite virale, ulcera gastrica, colite ulcerosa, morbo di Crohn, nefriti o nevrosi, diabete e sue complicazioni, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, malattie del connettivo, neoplasie in genere, artrite reumatoide, immunodeficienza acquisita (HIV).

Sezione 7 - Norme in caso di sinistro, infortuni e malattia

Art. 7.1 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro o dal momento in cui se ne viene a conoscenza, **l'assicurato** o se impossibilitato a farlo, **i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne immediatamente comunicazione** ad Arca Assicurazioni tramite il numero verde 800.48.43.43 facendo poi seguito entro tre giorni con la denuncia scritta.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa circostanziata dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire ad Arca Assicurazioni le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Per le prestazioni morte, morte contemporanea del coniuge, invalidità permanente, la liquidazione viene effettuata secondo le modalità e i criteri previsti rispettivamente negli artt. 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 e relative garanzie speciali e aggiuntive qualora acquistate.

Per la prestazione indennità giornaliera da inabilità temporanea, il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino a completa guarigione. Ai fini della liquidazione dell'indennità, viene considerata data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Arca Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

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 ad Arca Assicurazioni, 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, Arca Assicurazioni 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; ovviamente dal rimborso dovuto da Arca Assicurazioni verrà detratto da quanto già riconosciuto.

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 ad Arca Assicurazioni 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.

Per la garanzia invalidità permanente da malattia, la denuncia della malattia deve avvenire entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

Art. 7.2 - Controversie - arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, se una parte lo richiede e l'altra vi acconsente, per iscritto, il mandato di decidere se e in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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, contribuendo per metà delle spese e 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale; nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Art. 7.3 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per indennità giornaliera da inabilità temporanea, rimborso spese di cura, indennità giornaliera in caso di ricovero, indennità giornaliera in caso di convalescenza, indennità giornaliera in caso di gessatura, sono cumulabili con l'indennizzo per morte o per invalidità permanente.

Nel caso in cui, dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo l'assicurato muoia, Arca Assicurazioni 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 agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio e/o dalla malattia dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, Arca Assicurazioni paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 7.4 - Attività diverse da quelle dichiarate in polizza

L'assicurato deve comunicare alla Società **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 aggrava il rischio:

Attività Svolta al momento del sinistro	Attività dichiarata				
	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 nella "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 "non assicurabili" nella suddetta "Tabella delle attività professionali", Arca Assicurazioni non corrisponderà alcun indennizzo.

Art. 7.5 - Anticipo sul pagamento per invalidità permanente

L'assicurato, trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, può richiedere ad Arca Assicurazioni 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 da Arca Assicurazioni in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%.

Il pagamento sarà effettuato entro 60 giorni dalla richiesta di anticipo, salvo il diritto di Arca Assicurazioni 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.

Art. 7.6 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso Arca Assicurazioni liquida l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

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

Norme che regolano l'assicurazione assistenza

Sezione 8 – Assistenza

Premessa

Le garanzie della presente sezione sono operanti solo se richiamate nella scheda di polizza e sono prestate da Arca Assicurazioni che si avvale, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, dell'impresa IMA Italia Assistance S.p.A., e della sua Struttura Organizzativa IMA Servizi S.c.a.r.l. (di seguito nominate per semplicità IMA).

Delimitazioni

Le prestazioni di Assistenza Base e Accesso al Network Salute sono fornite con **un massimo di 3 volte** per ciascun tipo di prestazione entro il periodo di durata annuale dell'assicurazione, fermo restando che l'importo globale degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali complessivi previsti.

Art. 8.1 - Consulenza medica

Qualora l'assicurato necessitasse di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

Art. 8.2 - 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 Struttura Organizzativa. **L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.**

Art. 8.3 - 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 Struttura Organizzativa.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 8.4 - 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 Struttura Organizzativa.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 8.5 - 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 Struttura Organizzativa.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Art. 8.6 - 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 Struttura Organizzativa con l'assicurato.

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

Art. 8.7 - 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 Struttura Organizzativa 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. 8.8 - Invio di un medico o di una autoambulanza a domicilio in Italia

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

Qualora, a seguito di malattia e/o infortunio, emergesse la necessità che l'assicurato, debba sottoporsi a una visita medica, la struttura organizzativa provvederà, con spese a carico di IMA, a inviare presso il domicilio dell'assicurato in Italia uno dei medici convenzionati con IMA. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'assicurato in autoambulanza in un centro di pronto soccorso.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

Art. 8.9 - Invio di una autoambulanza a domicilio in Italia

Qualora l'assicurato, in seguito a malattia e/o infortunio, necessitasse di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'assicurato stesso in autoambulanza.

La garanzia è operante esclusivamente nel caso di parere condiviso dal medico accorso al domicilio dell'assicurato che ritenga indispensabile l'uso dell'autoambulanza (ma non come primo soccorso per cui dovrà essere sempre attivato il 118).

IMA terrà a proprio carico i costi **fino alla concorrenza massima di € 350,00 per anno** con il limite di **€ 150,00 per sinistro**.

Art. 8.10 - Invio di un infermiere a domicilio in Italia

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 da un infermiere, la Struttura Organizzativa invierà un infermiere presso il domicilio dell'assicurato in Italia.

IMA procurerà direttamente all'assicurato un infermiere a tariffa controllata € 50,00 al giorno fino a 3 giorni consecutivi.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico.

Art. 8.11 - Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio, in Italia

Qualora l'assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, derivanti da infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di cure fisioterapiche a domicilio nel periodo di convalescenza, contatterà la struttura organizzativa riferendo le necessità, il nome e il recapito telefonico del proprio medico curante; la struttura organizzativa procurerà direttamente all'assicurato un fisioterapista.

IMA terrà a proprio carico l'onorario del fisioterapista **fino a un massimo di € 750,00 per assicurato e per anno** di durata della copertura.

Art. 8.12 - Accesso network salute**Ricerca e prenotazione centri ospedalieri**

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

Qualora l'assicurato, debba sottoporsi a un ricovero per un intervento o una terapia, potrà telefonare alla struttura organizzativa, comunicando il motivo della sua richiesta e specificando il luogo in cui si trova e il recapito telefonico, che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, provvederà a individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un Centro Ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia, Europa e Nord America.

Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

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 struttura organizzativa 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 struttura organizzativa 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 Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della struttura organizzativa la ritenessero necessaria. IMA terrà a proprio carico i relativi costi. La prestazione verrà fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata e:

- dal giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da infortunio;
- dal centovesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da malattia improvvisa.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della struttura organizzativa, 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.

Obblighi dell'assicurato:

l'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Rientro dal centro ospedaliero in Italia

Qualora l'assicurato, successivamente alla prestazione "Trasferimento in un Centro Ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il rientro dell'assicurato con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa 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 struttura organizzativa, inclusa l'eventuale assistenza medica o infermieristica durante il viaggio ritenuta necessaria dai medici della struttura organizzativa.

Consegna esiti a domicilio

La Prestazione è fornita dalle 9 alle 18 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali. 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 struttura organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato.

L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Il costo degli accertamenti è a carico dell'assicurato.

Consegna medicinali urgenti a domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di prescrizione medica, abbia bisogno di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la struttura organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'assicurato. **L'assicurato deve comunicare alla struttura organizzativa il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi ematochimiche in Italia

La Prestazione è fornita dalle ore 9 alle ore 18, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

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 struttura organizzativa 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.

Guida alla struttura sanitaria

La prestazione è fornita dalle 9 alle 18 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali
Qualora l'assicurato necessitasse di informazioni telefoniche riguardanti l'assistenza sanitaria in Italia e nel mondo, la Struttura Organizzativa 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.

Art. 8.13 - Esclusioni

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

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

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

Tabella 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	cod.
agente di assicurazione/credito/cambio/borsa/commercio	50101
albergatore senza prestazioni manuali	50007
amministratore di beni propri ed altrui	50102
antiquario, senza restauro	50016
architetto senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50103
assistente di volo (escluso rischio volo professionale)	50166
avvocato o procuratore legale	50104
bambini in età prescolare	50252
barbiere - parrucchiere da uomo	50305
benestante senza particolari occupazioni	50806
bidello	50031
biologo	50107
clero che svolge solo attività di culto	50809
commercialista - consulente aziendale senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50111
commerciante occupato solo in ufficio	50412
dirigente senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50413
disegnatore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50114
editore	50227
farmacista	50415
fisico	50182
fotografo solo in studio	50416
geologo occupato solo in ufficio	50075
geometra senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50117
gestore cinema, teatro	50185
giornalaio	50418
impiegato/quadro senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50652
imprenditore senza lavoro manuale e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50520
ingegnere senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50121
insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale, direttore didattico	50622
interprete	50193
magistrato	50624
medico	50126
modellista in carta	50246
musicista	50206
negozi di alimentari, latterie, pasticcerie e gelaterie (senza produzione propria)	50130
negozi di articoli da regalo, profumerie, tabaccherie	50110
negozi di articoli foto/ottica, dischi, strumenti musicali, informatica, telefonia	50113
negozi di articoli in pelle, calzature	50124
negozi di cartoleria, librerie	50128
negozi di confezioni, mercerie, pellicce, tessuti	50122
negozi di giocattoli, articoli sportivi	50125
notaio	50127
odontoiatra	50328
operatore/addetto ai centri elaborazione dati, programmatore	50207
parrucchiere da donna	50330
studente	50833
super-ipermercati addetto alle vendite e alla cassa	50241
tirocinante presso le asl	50229
vetrinista	50134

Attività di classe B	Cod.
Agronomo	50162
albergatore con prestazioni manuali	50008
allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini	50237
architetto con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50138
assistente sociale	50165
autista di autovetture ad uso privato, taxi, noleggio conducente, autoambulanze, autotaxi	50839
autorimesse: esercente che non lavora manualmente	50023
barista	50029
cameriere	50036
casalinga	50808
commerciante (escluso bestiame) con accesso a magazzini (escluso lavoro manuale)	50239
concessionario auto, motoveicoli	50050
consulente aziendale con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50258
copisterie (proprietario/addetto)	50164
corniciaio	50343
decoratore senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50259
dirigente con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50644
disegnatore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50057
distributore di carburante (gestore/addetto senza lavori di lavaggio e/o manutenzione)	50548
domestico - collaboratore familiare	50610
enologo ed enotecnico	50064
estetista, callista, pedicure, manicure	50345
fotografo anche all'esterno	50074
geometra con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50147
giornalista (cronista, corrispondente)	50650
guida turistica	50188
impiegato/quadro con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50619
imprenditore senza lavoro manuale ma con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50233
indossatrice, indossatore, fotomodella	50192
infermiere diplomato	50157
ingegnere con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50154
insegnante di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, nuoto, ballo	50106
insegnante di materie sperimentali (laboratorio o pratica professionale)	50109
istruttore di scuola guida - pratica e teoria	50123
lavanderie (proprietario/addetto)	50230
massaggiatore/fisioterapista	50115
negozi di casalinghi, ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli, armerie	50099
negozi di elettrodomestici radio-tv, articoli igienici sanitari (esclusa installazione)	50135
negozi di frutta e verdura, fiori e piante	50132
negozi di oreficeria, gioiellerie	50095
orafo, orologiaio	50248
ostetrica	50129
ottico (fabbricante e riparatore)	50268
pensionato	50231
portalettere	50232
portiere di stabili	50211
rappresentante (senza consegna merce)	50048
sarto	50332
vetraio (che attende alle vendite)	50274
Attività di classe C	
agricoltore che non prende parte ai lavori manuali	50235
ambulante	50083
analista chimico	50014
armaiolo	50275
arrotino	50250
ausiliario socio sanitario	50168
autotrasportatore/autista di autocarri/motocarri fino a 35 q.li a pieno carico	50021
autorimesse: esercente/addetto con lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio	50024
cave a giorno (proprietario/addetto senza lavoro manuale e senza uso di mine)	50668
ceramista	50254

chimico	50174
commerciante che prende parte al lavoro di magazzino	50240
cuoco	50052
custode di stabilimenti, cantieri e simili	50181
distributore di carburante (gestore/addetto con lavori di lavaggio e/o manutenzione)	50059
elettricista addetto alla bassa tensione	50369
elettrotecnico, radiotecnico (senza installazione di antenne)	50180
fornaio	50260
geologo	50146
giardiniera, vivaista, floricoltore	50249
guardiacaccia, guardiapesca, guardia campestre	50651
idraulico solo all'interno di edifici ed a terra	50371
imbianchino (di interni)	50372
installatore di articoli igienico-sanitari, elettrodomestici, mobili	50136
macchinista ferrovie/tramvie	50197
magazziniere	50112
mediatore in genere	50118
odontotecnico	50143
ombrellaio	50267
ortopedico (fabbricante di apparecchi)	50144
panetterie, pasticcerie, gelaterie compresa produzione propria	50098
pellettiera, pellicciaio (laboratorio)	50210
perito agrario/industriale	50209
pulitore (di interni)	50269
rammendatrice, ricamatrice, filatrice, magliaia	50244
rappresentante (con consegna merce)	50442
restauratore di mobili	50358
riparatore elettrodomestici (esclusa installazione di antenne), macchine per ufficio, computer	50359
ristoranti, trattorie, pizzerie (esercenti/addetti con lavoro manuale)	50238
salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie	50139
spedizioniere anche presso magazzini e scali	50224
strumenti musicali (fabbricante e riparatore)	50270
super-ipermercati addetto al magazzino, reparti di macelleria, salumeria, pescheria	50177
tappezziere	50360
tipografo, litografo	50375
toelettatura per animali	50222
veterinario	50161
vigile urbano	50662
Attività di classe D	
abbattitore di piante (boscaiolo)	50276
agricoltore che lavora manualmente e/o con uso di macchine	50277
allevatore di equini, bovini, suini	50263
antennista (installatore di antenne radio-tv)	50364
ascensori e montacarichi (tecnici / operai)	50273
autotrasportatore/autista di autocarri di peso superiore a 35 q.li a pieno carico e autobus	50878
bronzista/brunitore/cromatore/ nichelatore/ottonaio/ramiere	50279
calzolaio	50366
carpentiere in legno o ferro	50379
carrozziere di veicoli	50365
cave a giorno (proprietario/addetto con lavoro manuale ma senza uso di mine)	50680
decoratore con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature	50178
ebanista	50226
elettrauto	50061
elettricista addetto all'alta tensione	50063
fabbro	50381
facchino di merci in genere	50382
falegname	50383
gommista	50187
guardia notturna, giurata	50670
idraulico e lattoniere anche su impalcature e ponti	50108
imbianchino (di esterni)	50089
insegnante di equitazione	50100

lavoratore forestale	50195
lucidatore di marmi, scalpellino, mattonaio	50282
macellatore	50198
marmista	50374
meccanico (montatore/riparatore)	50116
mobiliere: fabbricazione mobili in genere	50120
modellista in ferro e legno	50284
mosaicista	50286
muratore	50384
operatore ecologico	50205
restauratore in genere, escluso mobili	50149
saldatore	50214
tornitore	50221
vetraio (che attende all'applicazione di vetri)	50386

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 non medico in case di cura per malattie mentali;
- 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.

Modalità per la richiesta di Assistenza

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

- per telefono al numero verde: **800.01.25.29**
- per telefono al numero: **+39 02.24128681**

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 - Sesto San Giovanni, Milano

In ogni caso comunichi innanzitutto con precisione:

- Il tipo di assistenza di cui necessita
- Nome e Cognome
- Numero di polizza preceduto dalla sigla **NPI**
- Indirizzo del luogo in cui si trova
- Il suo recapito telefonico dove la struttura organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

Modalità di apertura sinistri

Da contattare per istruzioni o informazioni relative alla denuncia di sinistro relativo alle garanzie "Indennità da ricovero per intervento chirurgico" e "Indennità da Infortunio"

Modalità di contatto:



per telefono:

- dalle 8.30 alle 19.00 dal lunedì al venerdì.

per fax "Servizio Sinistri Rami Elementari": 045.8192397

Le richieste di Liquidazione Sinistri dovranno essere notificate a:

Arca Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Liquidazione Sinistri
Via del Fante, 21
37122 Verona

In ogni caso comunicare con precisione:

- cognome e nome;
- numero del contratto;
- tipo di intervento per cui si richiede l'indennizzo;
- recapito telefonico dove il servizio sinistri potrà richiamare.

Modulo richiesta di Indennizzo

Polizza Protezione24

DA INVIARE TRAMITE FAX AL N. 045.8192397
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

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

N° Sinistro (riservato alla Società)

N° CONTRATTO

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e nome

Luogo e data di nascita CF/PI

Professione

Residenza

Sig. Tel.

Reperibilità: giorni dalle ore alle ore

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Inv. Permanente da infortunio

Diaria da ricovero per infortunio

Morte per infortunio

Invalità permanente da malattia

Rimborso spese di cura da infortunio

Diaria da gessatura

Inabilità temporanea

Data e ora Autorità intervenute

Località di accadimento del sinistro

Causa e descrizione dell'evento

Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la Compagnia)

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali sensibili

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs. n° 196/2003 presente nel Fascicolo Informativo, acconsento:

- al trattamento dei dati sensibili che mi riguardano

- alla comunicazione a terzi dei dati sensibili 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 liquidazione dello stesso.

Luogo e data: _____ Firma:  _____

“PROTEZIONE 24”

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

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

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, Arca Assicurazioni S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; nonché di dati di natura sensibile⁽²⁾ indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali.

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle 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⁽⁴⁾.

TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

La nostra Società utilizzerà i Suoi dati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁵⁾, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾ e potranno essere inseriti in un archivio clienti.

I dati personali di natura sensibile (relativi allo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo 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⁽⁷⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare", ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI ED ALTRE FINALITÀ DI MARKETING

In una sezione separata del modulo di polizza, Le chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati comuni (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica); il Suo consenso permetterà esclusivamente alla nostra società di utilizzare i Suoi dati per finalità di invio di comunicazioni commerciali a distanza relative a contratti assicurativi nostri e di altre compagnie del Gruppo⁽⁶⁾. In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato per rilevare la qualità dei servizi o i bisogni 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, e-mail, fax e SMS o MMS.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è **facoltativo** e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è Arca Assicurazioni S.p.A. (www.arcassicura.it) con sede legale in via del Fante 21, 37122 Verona.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso Arca Assicurazioni S.p.A., via del Fante 21, 37122 Verona, e-mail: privacy@arcassicura.it.

Note

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, banche distributrici, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso banca d'Italia, nonché per finalità antifrode i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad un Archivio Centrale Informatizzato del quale è Titolare il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ecc.
- 4) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 5) 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 l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, 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'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 6) Arca Vita S.p.a., Arca Sistemi S.c.ar.l., Arca Inlinea S.c.ar.l., e altre società del Gruppo Assicurativo Unipol con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario 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 Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso i Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM, società di gestione del risparmio, medici, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate, nonché ad enti e organismi anche del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad esempio il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).