

Condizioni di Assicurazione e
Nota Informativa

ARCASALUTE



Indice

• <u>Definizioni</u>	3
• <u>Condizioni generali di assicurazione</u>	4
• Sezione 1 - Invalidità permanente totale da infortunio	4
• Sezione 2 - Invalidità permanente totale da malattia	6
• Sezione 3 - Gravi malattie	7
• Sezione 4 - Norme in caso da sinistro	8
• Sezione 5 - Norme comuni a tutte le sezioni	9
• Allegato tabella premi “ARCASALUTE” - Tariffa “Correntisti”	12
• Modulo di richiesta indennizzo	13
• <u>Nota informativa</u>	15
• Sezione 1 - Invalidità permanente totale da infortunio	15
• Sezione 2 - Invalidità permanente totale da malattia	16
• Sezione 3 - Gravi malattie	17
• Sezione 4 - Norme in caso da sinistro	18
• Sezione 5 - Norme comuni a tutte le sezioni	19
• La tutela dei dati personali	20

Definizioni

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Società:** l'Impresa assicuratrice;
- **Premio:** la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Invalità Permanente:** la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
- **Tabella annessa al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124:** tabella INAIL

Condizioni generali di assicurazione

Sezione 1 - Invalidità permanente totale da infortunio

Art. 1 - Oggetto della copertura

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza in sede di sottoscrizione, per invalidità totale, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista, se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, superiore al 50%, e questa si verifica entro **730 giorni** dal giorno nel quale è avvenuto.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art. 2 - Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 4, anche le conseguenze:

- dell'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- dell'assideramento o congelamento;
- dei colpi di sole o di calore.

Sono inoltre coperte, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 4, le conseguenze:

- degli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- degli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 3 - Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale risultante dal piano prescelto dall'Assicurato in sede di sottoscrizione della presente polizza di assicurazione.

Art. 4 - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione le conseguenze degli infortuni derivanti:

- da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 9 della presente sezione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale (Protezione Civile);
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 5 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 6 - Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire lesioni organiche permanenti.

Art. 8 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Art. 9 - Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

Art. 10 - Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza

di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di:

- € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente da infortunio.

Qualora le indennità ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 11 - Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da Malattia e con le Gravi Malattie.

Sezione 2 - Invalidità permanente totale da malattia

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza in sede di sottoscrizione, qualora la malattia, nota o diagnosticata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione, dovesse avere come conseguenza un'Invalidità permanente superiore al 50%.

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124. In caso di controversia sulla percentuale di invalidità permanente vale quanto previsto dall'art. 5 della successiva Sezione 4 delle Condizioni Generali.

Art. 2 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/6/65 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse le conseguenze delle malattie conosciute dall'assicurato o diagnosticate in epoca precedente alla data di effetto dell'assicurazione.

Art. 3 - Periodo di carenza

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di malattie conosciute o diagnosticate nei tre mesi successivi alla stipula della Polizza (periodo di carenza).

Art. 4 - Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale indicato in polizza in sede di sottoscrizione.

Art. 5 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

Art. 6 - Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da infortunio e con le Gravi Malattie.

Sezione 3 - Gravi malattie

Art. 1 - Oggetto della copertura

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza, qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle Malattie Gravi di seguito elencate, a patto che, a seguito della stessa Malattia Grave, si sia instaurato uno stato di **invalidità permanente di grado superiore al 5%**.

L'Assicurato, per avere diritto alla liquidazione del capitale, deve sopravvivere per un periodo di 30 giorni dopo la data della prima diagnosi di Malattia Grave (periodo di qualificazione).

Art. 2 - Definizione di Malattie Gravi

Ai sensi della presente assicurazione per malattia grave si intende:

- **ATTACCO CARDIACO:** Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base dei tre criteri seguenti: anamnesi di precordialgia tipica, alterazioni elettrocardiografiche e aumento degli enzimi cardiaci.
- **ICTUS:** Accidente cerebro-vascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda: infarto del tessuto cerebrale, emorragia di vaso intracranico, oppure embolizzazione da fonte extracranica.
- **CANCRO:** Presenza di crescita e diffondersi incontrollato di cellule maligne e invasione dei tessuti. È necessario dimostrare con prove inconfutabili l'invasione dei tessuti con istologia dettagliata di neoplasia maligna. Il termine "cancro" comprende anche leucemia, linfomi e malattia di Hodgkin.
Dalla garanzia sono esclusi i carcinomi in situ, i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, i tumori localizzati non invasivi che mostrano solo degenerazioni maligne iniziali, e i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza.

Art. 3 - Periodo di carenza

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di Malattie Gravi insorte nei sei mesi successivi alla stipula della Polizza (periodo di carenza).

Art. 4 - Esclusioni

Non sono coperte dalla presente assicurazione le Malattie Gravi direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa.

Per condizione patologica pregressa si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato abbia presentato sintomi, abbia consultato un medico o assunto un trattamento farmacologico, o della cui esistenza sia stato a conoscenza alla decorrenza della polizza o in precedenza.

Questo significa che:

- qualora l'assicurato abbia sofferto prima della stipula della polizza di una delle Malattie Gravi coperte, questi non avrà diritto ad alcun risarcimento nel caso in cui venga diagnosticata la stessa malattia;
- non verrà erogata alcuna prestazione nel caso in cui l'Assicurato abbia sofferto di una condizione patologica collegata alla Malattia Grave oggetto del sinistro o abbia ricevuto cure o effettuato esami per motivi che possano essere ricondotti alla stessa Malattia Grave.

In corrispondenza ad ogni Malattia Grave coperta, cioè ictus, attacco cardiaco e cancro, si considerano condizioni patologiche pregresse direttamente o indirettamente collegate, secondo quanto stabilito al paragrafo precedente, tra le altre:

- **Cancro:** tumore o patologia maligna, maligna allo stadio iniziale oppure pre-maligna, leucemia o malattia di Hodgkin, poliposi intestinale, papilloma della vescica, malattia di Crohn, colite ulcerosa o pap test anomalo o qualsiasi tipo di carcinoma in situ;
- **Attacco cardiaco:** qualsiasi malattia o disturbo cardiaco, ipertensione o qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva, tra cui anomalie congenite trattate in precedenza, come i difetti valvolari, e qualsiasi arteriopatia occlusiva/ostruttiva (arteriosclerosi);
- **Ictus:** ipertensione, qualsiasi valvulopatia cardiaca, attacchi ischemici transitori, aneurisma endocranico o qualsiasi arteriopatia ostruttiva/occlusiva (arteriosclerosi).

Questa lista non è esaustiva e una valutazione definitiva verrà effettuata in fase di accertamento del sinistro.

Sono inoltre escluse dalla presente assicurazione le malattie derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcool, o assunzione di stupefacenti o farmaci, se non su prescrizione medica;
- malattie in presenza di immunodeficienza acquisita o di sieropositività da virus HIV;
- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, qualunque sia la sua espressione, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 5 - Cumulabilità

L'indennità derivante dalle gravi patologie non è cumulabile con le indennità derivanti dalle garanzie invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia.

Sezione 4 - Norme in caso di sinistro

Art. 1 - Modalità di denuncia sinistro

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Società immediatamente tramite il numero verde 800.48.43.43 facendo poi seguito entro tre giorni con la denuncia su apposito modulo "richiesta di indennizzo".

Art. 2 - Denuncia dell'infortunio (Invalidità permanente totale da infortunio)

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art. 3 - Denuncia della malattia (Invalidità permanente totale da malattia)

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia, che secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, la denuncia deve essere effettuata entro trenta giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo il riscontro della patologia, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art. 4 - Denuncia di sinistro in caso di Malattia Grave

La Malattia Grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi, in particolare, alla data indicata nella documentazione medica fornita dal Contraente o dall'Assicurato al momento della denuncia.

La denuncia dovrà essere redatta e firmata da un medico che confermi la diagnosi correlandola della relativa documentazione medica.

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della Malattia Grave entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata documentazione.

Nella fase di accertamento l'Assicurato, pena la decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegna a fornire con veridicità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della Malattia Grave indennizzabile.

La Società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave avvalendosi dei propri medici consulenti.

Art. 5 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti possono conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione 5 - Norme comuni a tutte le sezioni

Art. 1 - Effetto dell'assicurazione

Il contratto si perfeziona con il pagamento del premio previsto entro la data di decorrenza del contratto stesso. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di decorrenza sempreché sia stato pagato il premio e ferme le carenze relative alle singole garanzie. In caso contrario l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. Se il Contraente non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza prevista per il pagamento e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. Il premio annuo è interamente dovuto dal Contraente anche se le parti hanno convenuto il frazionamento dello stesso in più rate.

Art. 2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata annuale. In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, l'assicurazione è prorogata per un altro anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Art. 3 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente

Il versamento del premio può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, previa autorizzazione di addebito rilasciata e sottoscritta dal Contraente al momento della stipulazione del contratto. L'eventuale estinzione del conto corrente, o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla Società entro i 30 giorni successivi. La garanzia si intende prestata fino alla successiva scadenza di premio o rata di premio. Il contratto si risolve automaticamente.

Art. 4 - Adeguamento automatico del premio

Il premio di assicurazione è determinato in base all'età e al sesso delle persone assicurate al momento dell'adesione ed è soggetto ad automatico adeguamento ogni qualvolta uno degli Assicurati passerà da uno scaglione di età all'altro, come da tabella "Premi" allegata al presente contratto. Il predetto adeguamento avverrà dalla scadenza annuale successiva al compimento dell'età.

Art. 5 - Persone non assicurabili - Limite d'età

Non sono assicurabili le persone che:

- **svolgono le seguenti attività professionali principali e secondarie: 1) appartenenti a corpi militari e forze dell'ordine; 2) guide alpine e scalatori;**
- **soffrono, o hanno sofferto, di una delle seguenti malattie: diabete, tumore maligno (ivi compreso tumori pre-maligni, maligni allo stadio iniziale, carcinomi in situ), leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da**

immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette condizioni, la Società rimborserà la parte di premio non goduta al netto delle imposte dal momento in cui ne è venuta a conoscenza. L'assicurazione vale per le persone che, al momento della sottoscrizione, non hanno ancora compiuto i 65 anni.

Art. 6 - Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C..

Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 8 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni.

Art. 9 - Forma delle comunicazioni - Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 10 - Variazioni di rischio

L'Assicurato/Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art. 11 - Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 12 - Beneficiario

Il diritto all'indennità per invalidità permanente infortunio e malattia e gravi malattie è di carattere personale, tuttavia se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio/malattia dopo che l'indennità relativa all'invalidità permanente sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, oppure sia già trascorso il periodo di qualificazione per le gravi malattie, il diritto del capitale è trasmissibile agli eredi legittimi.

Art. 13 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dall'eventuale rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessar l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

In caso di recesso esercitato da ambo le parti, la Società rimborserà al Contraente la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 14 - Liquidazione del capitale assicurato e operatività dell'assicurazione

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per invalidità, sia da infortunio che da malattia, o per malattia grave, la polizza si estingue nei riguardi dell'Assicurato oggetto dell'indennizzo. In ogni caso il capitale assicurato può essere corrisposto allo stesso individuo una sola volta.

Art. 15 - Termini di carenza nel caso di sostituzione

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato con le medesime condizioni e capitali:

- i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito;
- mentre nel caso tali termini siano trascorsi parzialmente sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Qualora invece la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo relativo allo stesso Assicurato con aumento dei capitali i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia per le maggiori indennità.

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa al fine di includere in garanzia uno o più nuovi Assicurati:

- per i nuovi Assicurati i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia;
- per le persone assicurate nella polizza sostituita, così come nella presente, i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito; nel caso invece tali termini siano trascorsi parzialmente, sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Art. 16 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Contraente.

Art. 17 - Foro competente

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

Art. 18 - Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 19 - Riservatezza dei dati

Arca Assicurazioni si impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi ai Contraenti e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte. Arca Assicurazioni si impegna a utilizzare i dati personali raccolti e registrati riguardanti i Contraenti e/o Assicurati esclusivamente in termini compatibili con la legge. Si impegna inoltre a trattare tali dati in modo lecito e secondo correttezza, ai sensi dell'art. 11 comma 1 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196.

Arca Assicurazioni si impegna, altresì, ai sensi dell'art. 31 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196, a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distribuzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

ALLEGATO: TABELLA PREMI ARCASALUTE - Tariffa "CORRENTISTI" - Premi lordi annui

Scaglione Età	Sesso	STANDARD	EXTRA
0 - 17	M	€ 62,00	€ 93,00
0 - 17	F	€ 62,00	€ 93,00
18 - 30	M	€ 112,00	€ 167,00
18 - 30	F	€ 117,00	€ 175,00
31 - 40	M	€ 187,00	€ 280,00
31 - 40	F	€ 250,00	€ 375,00
41 - 45	M	€ 335,00	€ 503,00
41 - 45	F	€ 439,00	€ 659,00
46 - 50	M	€ 545,00	€ 817,00
46 - 50	F	€ 601,00	€ 901,00
51 - 55	M	€ 790,00	€ 1.184,00
51 - 55	F	€ 799,00	€ 1.198,00
56 - 60	M	€ 1.117,00	€ 1.675,00
56 - 60	F	€ 1.006,00	€ 1.509,00
61 - 65	M	€ 1.824,00	€ 2.736,00
61 - 65	F	€ 1.313,00	€ 1.969,00

La società applicherà uno sconto pari al 5% del premio imponibile nel caso si assicuri più di una persona con il medesimo contratto.

Modulo di richiesta di indennizzo ARCASALUTE

DA INVIARE TRAMITE AL FAX N. 045/8182373
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

Spett.le Arca Assicurazioni S.p.A.
Servizio Sinistri - Rami Elementari
Via San Marco, 48
37138 Verona

N° SINISTRO (riservato alla Società) _____

N° CONTRATTO _____

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____ Professione _____
Residenza _____ ☎ _____ / _____
Reperibilità giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Infortunio con invalidità permanente Invalidità permanente da malattia Grave malattia

Data _____ Ora _____ Autorità intervenute _____
Località di accadimento del sinistro _____
Causa e descrizione dell'evento _____

Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la Compagnia) _____

Documenti allegati: _____

Precedenti infortuni e malattie dell'assicurato (indicare data e sede anatomica delle lesioni) / postumi riportati _____

Precedenti ricoveri/interventi, data: _____ Patologia: _____

Referente Banca _____ Tel. _____

COORDINATE BANCARIE

Conto Corrente sul quale ARCA Assicurazioni può effettuare il pagamento dell'indennizzo:
C./C. _____ intestato a _____
Banca _____ ABI _____ CAB _____

Data _____

_____ firma del denunciante

Documentazione da allegare alla denuncia:

INFORTUNI

- Denuncia di sinistro (anche via fax) indicando il codice fiscale del danneggiato;
- Indicazione Autorità intervenute;
- Documentazione sanitaria e copia integrale della cartella clinica;
- Copia della patente di guida (se l'incidento si è verificato mentre l'assicurato era alla guida di mezzi per i quali è previsto l'obbligo della patente);

MALATTIA

- Denuncia di sinistro (anche via fax) indicando il codice fiscale del danneggiato;
- Certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- Documentazione sanitaria, copia integrale delle cartelle cliniche, certificato medico definitivo di guarigione clinica della malattia e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione di eventuali postumi invalidanti.


Per casi particolari è facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione.

Modalità di richiesta di informazioni e assistenza

SERVIZIO SINISTRI

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

Modalità di contatto e orari:

- per telefono dall'Italia:  **800-48.43.43** Numero Verde Gratuito
- dall'estero: +39.045.8181941
- dalle 8.30 alle 19.00 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 9.00 alle 13.00.
- per fax: Servizio Sinistri Rami Elementari 045.8182373

In ogni caso comunicare sempre con precisione:

- Nome e Cognome
- Numero del Contratto
- Recapito telefonico dove il Servizio Sinistri potrà richiamare.
- Altri elementi indicati nel modulo di richiesta di indennizzo.

SERVIZIO CLIENTI

Da contattare per assistenza post-vendita e informazioni sul contratto.

Modalità di contatto e orari:

- per telefono dall'Italia:  **800-84.90.89** Numero Verde Gratuito
- dall'estero: +39.045.8181940
- dalle 8.30 alle 19.00 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 9.00 alle 13.00.
- per fax: Servizio Clienti +39.045.8182391

Nota Informativa

“ARCASALUTE” è un prodotto di Arca Assicurazioni S.p.A. con Sede Legale e Direzione in Via San Marco, 48 - 37138 Verona, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP n. 330 dell'11 settembre 1996, G.U. 18/09/1996. La presente Nota Informativa viene consegnata da Arca Assicurazioni (di seguito la Società) a tutti coloro che intendono stipulare il contratto “ARCASALUTE”, al fine di illustrarne le caratteristiche ed in conformità con quanto previsto dal decreto legislativo n. 175/95, in attuazione della direttiva comunitaria n. 92/49/CEE. Vi invitiamo pertanto a leggere con attenzione tutte le indicazioni della presente Nota Informativa e delle relative Condizioni di Assicurazione. “ARCASALUTE” vi garantisce contro i rischi coperti dalle garanzie scelte al momento della sottoscrizione del contratto. Di seguito vengono descritte tutte le garanzie acquistabili con il prodotto “ARCASALUTE”.

Sezione 1 - Invalidità permanente totale da infortunio

Oggetto della copertura

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza in sede di sottoscrizione, per invalidità totale, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista, se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, superiore al 50%, e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto.

Esempio: l'assicurato con formula “standard” durante il lavoro o il tempo libero cade e si infortuna gravemente. A seguito di accertamento viene riscontrata all'assicurato l'Invalidità Permanente del 55%.

Arca Assicurazioni corrisponderà una indennità calcolata in base a quanto segue:

ARCASALUTE formula “standard”: capitale assicurato 100.000 €

Grado di Invalidità Permanente: 55%

Indennità riconosciuta: l'intero capitale assicurato pari a 100.000 €

Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Esempio: il cliente è quindi coperto per tutto l'arco della giornata sia durante il tempo libero che durante l'orario lavorativo.

Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale indicato dall'Assicurato in sede di sottoscrizione della presente polizza di assicurazione.

Esempio: l'assicurato durante il lavoro o il tempo libero cade e si infortuna. A seguito di accertamento viene riscontrata all'assicurato una Invalidità Permanente del 7%.

Arca Assicurazioni non corrisponderà il capitale in quanto la percentuale di invalidità riscontrata non è superiore al 50%.

Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione le conseguenze degli infortuni derivanti:

- da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art.9 della presente sezione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove e allenamenti) comportanti l'iscrizione alle competenti federazioni;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- da stato di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale (Protezione Civile);
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con una polizza ARCASALUTE in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di:

- € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente da infortunio.

Qualora le indennità ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da Malattia e con le Gravi Malattie.

Sezione 2 - Invalidità permanente totale da malattia

Oggetto dell'Assicurazione

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza in sede di sottoscrizione, qualora la malattia, nota o diagnosticata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione, dovesse avere come conseguenza un'Invalidità permanente superiore al 50%.

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/6/65 n.1124.

Esempio: al cliente durante un check up di routine viene diagnosticata una malattia, se decide successivamente di sottoscrivere una polizza ARCASALUTE non sarà coperto per eventuali invalidità permanenti derivanti da quella stessa patologia.

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/6/65 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse le conseguenze delle malattie conosciute dall'assicurato o diagnosticate in epoca precedente alla data di effetto dell'assicurazione.

Esempio: l'assicurato con formula "standard" si ammala. Come conseguenza della malattia viene riscontrata una invalidità permanente del 55%.

Arca Assicurazioni corrisponderà una indennità calcolata in base a quanto segue:
ARCASALUTE "standard": capitale assicurato 100.000 €
Grado di Invalidità Permanente: 55%
Indennità riconosciuta: l'intero capitale assicurato pari a 100.000 €

Periodo di carenza

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di malattie conosciute o diagnosticate nei tre mesi successivi alla decorrenza della Polizza (periodo di carenza).

Esempio: Se il cliente dopo 2 mesi dalla stipula della polizza viene a conoscenza di essere ammalato non sarà coperto, in quanto entro il periodo di carenza di tre mesi; in caso di accertamento di invalidità permanente la Società non procederà quindi alla liquidazione del capitale.

Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 50% (cinquanta per cento) della totale, la Società liquiderà il capitale indicato dall'Assicurato in polizza in sede di sottoscrizione.

Esempio: l'assicurato si ammala. Come conseguenza della malattia viene riscontrata all'assicurato una invalidità permanente del 15%.

Arca Assicurazioni non corrisponderà alcuna indennità in quanto la percentuale di invalidità è inferiore al 50%.

Cumulabilità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quelle di Invalidità Permanente da infortunio e con le Gravi Malattie.

Sezione 3 - Gravi malattie

Oggetto della copertura

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato in polizza, qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle Malattie Gravi (Attacco Cardiaco, Ictus e Cancro), a patto che, a seguito della stessa Malattia Grave, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%. L'Assicurato, per avere diritto alla liquidazione del capitale, deve sopravvivere per un periodo di 30 giorni dopo la data della prima diagnosi di Malattia Grave (periodo di qualificazione).

Periodo di carenza

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di Malattie Gravi insorte nei sei mesi successivi alla decorrenza della Polizza (periodo di carenza).

Esclusioni

Non sono coperte dalla presente assicurazione le Malattie Gravi direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa.

Per condizione patologica pregressa si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato abbia presentato sintomi, abbia consultato un medico o assunto un trattamento farmacologico, o della cui esistenza sia stato a conoscenza alla decorrenza della polizza o in precedenza.

Questo significa che:

- qualora l'assicurato abbia sofferto prima della stipula della polizza di una delle Malattie Gravi coperte, questi non avrà diritto ad alcun risarcimento nel caso in cui venga diagnosticata la stessa malattia;
- non verrà erogata alcuna prestazione nel caso in cui l'Assicurato abbia sofferto di una condizione patologica collegata alla Malattia Grave oggetto del sinistro o abbia ricevuto cure o effettuato esami per motivi che possano essere ricondotti alla stessa Malattia Grave.

Sono inoltre escluse dalla presente assicurazione le malattie derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcool, o assunzione di stupefacenti o farmaci, se non su prescrizione medica;
- malattie in presenza di immunodeficienza acquisita o di sieropositività da virus HIV;

- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, qualunque sia la sua espressione, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Ad esempio: se il cliente ha già sofferto in precedenza di una delle Malattie Gravi indicate e decide di sottoscrivere una polizza ARCASALUTE non sarà coperto; in caso quindi di accertamento di invalidità derivante dalla malattia la Società non procederà alla liquidazione del capitale.

Cumulabilità

L'indennità derivante dalle gravi patologie non è cumulabile con le indennità derivanti dalle garanzie invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia.

Sezione 4 - Norme in caso di sinistro

Modalità di denuncia sinistro

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Società immediatamente tramite il numero verde 800.48.43.43 facendo poi seguito entro tre giorni con la denuncia su apposito modulo "richiesta di indennizzo".

Denuncia dell'infortunio (Invalidità permanente totale da infortunio)

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Denuncia della malattia (Invalidità permanente totale da malattia)

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia, che secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, la denuncia deve essere effettuata entro trenta giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di stabilizzazione dei postumi invalidanti quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo il riscontro della patologia, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Denuncia di sinistro in caso di Malattia Grave

La Malattia Grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi, in particolare, alla data indicata nella documentazione medica fornita dal Contraente o dall'Assicurato al momento della denuncia.

La denuncia dovrà essere redatta e firmata da un medico che confermi la diagnosi correlandola della relativa documentazione medica.

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della Malattia Grave entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata documentazione.

Nella fase di accertamento l'Assicurato, pena la decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegna a fornire con veridicità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della Malattia Grave indennizzabile.

La Società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave avvalendosi dei propri medici consulenti.

Sezione 5 - Norme comuni a tutte le sezioni

Persone non assicurabili - Limite d'età

Non sono assicurabili le persone che:

- svolgono le seguenti attività professionali principali e secondarie: 1) appartenenti a corpi militari e forze dell'ordine; 2) guide alpine e scalatori;
- soffrono, o hanno sofferto, di una delle seguenti malattie: diabete, tumore maligno (ivi compreso tumori pre-maligni, maligni allo stadio iniziale, carcinomi in situ), leucemia, linfomi, malattia di Hodgkin, epatite o altre epatopatie, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette condizioni, la Società rimborserà la parte di premio non goduta al netto delle imposte dal momento in cui ne è venuta a conoscenza.

L'assicurazione vale per le persone che, al momento della sottoscrizione, non hanno ancora compiuto i 65 anni.

Versamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio concordato per le garanzie scelte al momento della sottoscrizione del contratto. Il versamento del premio può avvenire attraverso l'addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente alle singole scadenze previste.

Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata annuale. In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, l'assicurazione è prorogata per un altro anno e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Termini di carenza nel caso di sostituzione

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato con le medesime condizioni e capitali:

- i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito;
- mentre nel caso tali termini siano trascorsi parzialmente sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Qualora invece la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di un contratto analogo relativo allo stesso Assicurato con aumento dei capitali i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia per le maggiori indennità.

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa al fine di includere in garanzia uno o più nuovi Assicurati:

- per i nuovi Assicurati i termini di carenza operano dalla decorrenza della presente garanzia;
- per le persone assicurate nella polizza sostituita, così come nella presente, i termini di carenza relativi alle singole sezioni di garanzia non operano, nel caso in cui tali termini siano già trascorsi per intero sul contratto sostituito; nel caso invece tali termini siano trascorsi parzialmente, sul contratto sostituito andranno conteggiati per il residuo periodo previsto.

Adeguamento automatico del premio

Il premio di assicurazione è determinato in base all'età e al sesso delle persone assicurate al momento dell'adesione ed è soggetto ad automatico adeguamento ogni qualvolta uno degli Assicurati passerà da uno scaglione di età all'altro, come da tabella "Premi" allegata al presente contratto. Il predetto adeguamento avverrà dalla scadenza annuale successiva al compimento dell'età.

Variazione di rischio

Il Contraente deve dare tempestiva comunicazione ad Arca Assicurazioni S.p.A. di ogni variazione del rischio.

Estensione territoriale

La garanzia vale per il mondo intero.

Liquidazione del capitale assicurato e operatività dell'assicurazione

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per invalidità, sia da infortunio che da malattia, o per malattia grave, la polizza si estingue nei riguardi dell'Assicurato oggetto dell'indennizzo. In ogni caso il capitale assicurato può essere corrisposto allo stesso individuo una sola volta.

Prescrizione

Tutti i diritti derivanti dal contratto "ARCASALUTE" si prescrivono in un anno, ad eccezione del diritto alla riscossione dei premi da parte di Arca Assicurazioni S.p.A., per cui è fissato un termine di sei mesi dalla scadenza prevista per il pagamento, e ciò conformemente a quanto previsto dagli artt. 1901 e 2952 del Codice Civile.

Legge applicabile al contratto

Il contratto "ARCASALUTE" è regolato dalla legge italiana.

Lingua

Il contratto "ARCASALUTE" è stato redatto in lingua italiana.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Arca Assicurazioni S.p.A., Servizio Legale e Reclami, Via San Marco 48, 37138 Verona (è anche possibile inoltrare il proprio reclamo al fax 045/81.82.317 o all'indirizzo di posta elettronica: reclami@arcassicura.com).

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'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Informativa sulla tutela dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito denominato Codice), La informiamo di quanto segue:

1) Finalità del trattamento dei dati

I dati personali sono trattati nell'ambito della ordinaria attività della Società ed in particolare il trattamento:

- a)** è diretto all'espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b)** è diretto all'espletamento di attività connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge (es.: antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, anagrafe tributaria, etc.);
- c)** può anche essere diretto all'espletamento delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti della Società stessa e delle Società del Gruppo, nonché per il compimento di ricerche di mercato e per rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela.

2) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- a)** è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati;

- b) è effettuato mediante strumenti manuali e anche con l'ausilio di mezzi elettronici, telematici o comunque automatizzati, con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, operanti anche all'estero, facenti parte del settore assicurativo, ad esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti e subagenti, produttori, brokers ed altri canali di distribuzione; periti, consulenti, medici legali, carrozzerie, società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, altre Società del Gruppo di appartenenza, banche e SIM), nonché da società di servizi (informatici, di archiviazione, di postalizzazione etc).

3) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

Ferma restando l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile, etc);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione o di promozione commerciale di prodotti nei confronti dell'interessato stesso, per il compimento di ricerche di mercato, per la rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela.

Il consenso che chiediamo all'interessato riguarda anche gli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi, il trattamento dei quali è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

I dati sensibili sono quelli definiti dall'art. 4, comma 1, lett d) ed e) del Codice (dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali).

4) Conseguenze dell'eventuale rifiuto al conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione, di gestire o liquidare i sinistri e di aggiornare i dati;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere o in corso di costituzione, ma limita la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti nei confronti dell'interessato.

5) Soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono venire comunicati e ambito di diffusione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett b) - ad assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti e subagenti, produttori, brokers ed altri canali di distribuzione quali le banche; periti, consulenti, medici legali, carrozzerie, società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, anche al fine di tutelare i diritti dell'industria assicurativa dalle frodi; banche dati esterne, ISVAP e Ministero dell'Industria, del commercio, dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione); ad altre Società del Gruppo (Società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici, di archiviazione, di postalizzazione e per lo svolgimento di attività commerciali promosse dalla Società.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

6) Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato il diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per informazioni più dettagliate, circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, l'interessato può rivolgersi al Servizio Privacy presso Arca Assicurazioni S.p.A via San Marco, 48 37138 Verona Tel. 045 8182111, Fax 045 8102034, e-mail: privacy@arcassicura.com

7) Titolare e responsabili del trattamento

Titolare del trattamento dei dati è Arca Assicurazioni S.p.A., nella persona del Direttore Generale in qualità di delegato del Titolare.

L'elenco completo dei Responsabili interni ed esterni nominati da Arca Assicurazioni S.p.A. è consultabile sul sito internet: www.arcassicura.com.

E presso

- la sede della società in Verona, Via San Marco, 48.
- l'agenzia di Arca Direct Assicurazioni S.r.l. in Verona, Via Colonnello Galliano, 51.