

sistema SALUTE

Nuova Edizione



Assicurazione Sanitaria

Gentile cliente,
alleghiamo i seguenti documenti:

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

Arca Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via del Fante, 21 - 37122 Verona (Italia) - arcaassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630 - Capitale sociale i.v. Euro 50.762.146,72 - Registro delle Imprese di Verona,
C.F. 02655770234 - P. IVA 03740811207 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 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 delle società capogruppo al n. 046
www.arcassicura.it

Polizza Sanitaria

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: *sistema* SALUTE Nuova Edizione

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura in caso di infortunio o malattia, che necessiti di grande intervento chirurgico garantendo le spese delle prestazioni mediche fornite sia in regime di assistenza diretta (presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute) sia in regime di assistenza indiretta (presso strutture sanitarie private o pubbliche del SSN). Sono inoltre assicurate altre prestazioni sanitarie extraricovero definite in polizza. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 5 persone.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Sezione 2 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un grande intervento chirurgico.
- ✓ Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.

La società, in collaborazione con UniSalute, mette a disposizione dell'assicurato una rete convenzionata di strutture sanitarie in cui usufruire delle prestazioni sanitarie necessarie. L'assicurato può liberamente scegliere anche di utilizzare una struttura sanitaria non appartenente alla rete convenzionata (strutture private o SSN).

La società risarcisce fino all'importo stabilito in polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 70esimo anno di età.
- ✗ Non sono assicurate le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie delle Sezioni sono prestate con l'applicazione di franchigie, scoperti e limiti o sottolimiti.

Sono inoltre presenti delle esclusioni quali, a titolo di esempio:

- ! Sezione 2 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico: e Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero:
 - gli accertamenti per l'infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
 - le conseguenze di infortuni o malattia che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipulazione della polizza.
 - le prestazioni mediche con finalità estetiche (chirurgia plastica).



Dove vale la copertura?

√ La polizza vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- 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 essere causa di annullamento e/o risoluzione del contratto, e comportare la riduzione o la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.
- Nel caso di prestazioni richieste ad UniSalute utilizzando la Rete Convenzionata, l'assicurato deve preventivamente prenotare la prestazione o il Ricovero presso una struttura della rete convenzionata tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute.
- All'atto della prestazione l'assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.
- Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente a UniSalute la documentazione e deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
- L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del premio è annuale. Il versamento del premio verrà effettuato tramite addebito in c/c e si può chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile senza alcun onere.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza è annuale con tacito rinnovo. Il contratto si perfeziona solo nel momento in cui il pagamento del premio sia andato a buon fine. Se il pagamento del premio o della rata di premio è andato a buon fine la polizza ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere inviata alla società, tramite lettera raccomandata e/o fax, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Polizza Sanitaria

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

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

sistema **SALUTE**
New Edition

17 Aprile 2019 – ultimo documento disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Arca Assicurazioni S.p.A.,

Via Del Fante, n. 21; 37122; Verona; tel. 045/8192111; sito internet: www.arcassicura.it; e-mail: informa@arcassicura.it
 pec: arcaassicurazioni@pec.unipol.it

Arca Assicurazioni S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol; Sede Legale e Direzione Generale in Italia, Via del Fante, 21 - 37122 Verona; Recapito telefonico. 045.8192111; Sito Internet www.arcassicura.it; posta elettronica informa@arcassicura.it pec. arcaassicurazioni@pec.unipol.it;
 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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a € 123,90 milioni con capitale sociale pari a € 50,8 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 42,9 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.arcassicura.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2017, è pari ad € 0,05 milioni di euro, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari a € 22,7 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari a € 124,8 milioni e a € 119,0 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2017, pari a 2,48 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. Si rimanda al sito www.arcassicura.it, nella sezione "Mondo Arca", "Numeri", "Relazione sulla Solvibilità" <http://www.arcassicura.com/opencms/opencms/menu/arca/numeri/solvibilita.html>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Somme assicurate

Sezione 2 *Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico* (tra quelli in elenco dell'allegato 1 alle condizioni di assicurazione): fino a € 150.000,00

Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e prestazioni collegate	Somme assicurate con limiti per singola garanzia (ove previsti)
- Nel periodo pre-ricovero: 100 giorni precedenti il ricovero	€ 150.000,00
- Intervento chirurgico durante il ricovero	
- Assistenza medica, medicinali, cure durante il ricovero	
- Rette di degenza (trattamento alberghiero)	
- Accompagnatore	€ 250,00 per giorno di ricovero (solo in assistenza indiretta) Nel caso di mancata disponibilità per l'accompagnatore, rimborso di € 50,00 al giorno massimo 30 giorni per ricovero (prestata esclusivamente previo contatto con UniSalute)
- Assistenza infermieristica privata individuale	€ 50,00 al giorno massimo 30 giorni per ricovero (prestata esclusivamente previo contatto con UniSalute)
- Nel periodo post ricovero	100 giorni successivi alla data di fine ricovero
- Trapianto	spese per il prelievo dell'organo
- Indennità sostitutiva delle prestazioni durante il ricovero	€ 100,00 al giorno, massimo di 90 giorni per ricovero; spese pre e post ricovero per Grande Intervento Chirurgico nel limite di € 2.000 per ricovero
- Trasporto sanitario	€ 1.000,00 per ricovero
- Rimpatrio della salma	Rimborso di € 1.500,00 per Assicurato e anno assicurativo

√ **Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero**

Prestazioni	Somme assicurate
- Alta specializzazione (tra quelli in elenco dell'allegato 2 alle condizioni di assicurazione)	€ 5.000,00 per anno assicurativo e assicurato
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (con omeopatia)	€ 1.500,00 per anno assicurativo e assicurato
- Protesi ortopediche e acustiche	€ 1.000,00 per anno assicurativo e assicurato
- Prestazioni odontoiatriche particolari: solo assistenza diretta:	
• Igiene orale (seduta)	€ 60,00
- Prestazioni diagnostiche particolari: assistenza diretta	una volta all'anno e in un'unica soluzione
- Diagnosi Comparativa/Second Opinion	a carico della Società

Quali personalizzazioni è possibile attivare?

NON PREVISTE

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Scontistiche per più teste assicurate rientranti nella definizione di nucleo familiare:

- 2 assicurati: sconto 10%
- 3 - 4 - 5 assicurati: sconto 25%

Sconto per contraenza persona giuridica e più di un assicurato: sconto 10%

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

NON PREVISTE



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

A integrazione di quanto riportato nel DIP sono definite "persone non assicurabili", sia per la Sezione 2 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico sia per la Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero, le persone per le quali la garanzia non è prestabile e che al momento della stipula del contratto, abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- x Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza
- x Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica)
- x Epatopatie croniche e cirrosi epatica
- x Pancreatite acuta e cronica
- x Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza
- x Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- x Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite)
- x Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie
- x Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci
- x Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica
- x Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Sezione 2 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero, l'assicurazione non è operante per:

- ! le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto
- ! la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- ! le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni odontoiatriche particolari"
- ! le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- ! i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- ! gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- ! i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento

- ! gli interventi non rientranti nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici – Allegato A
- ! gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto previsto dalla garanzia “Protesi ortopediche e acustiche”
- ! il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolti a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge “apparecchi per il volo da diporto o sportivo” (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate
- ! gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato
- ! le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose genere commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave
- ! le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- ! le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche
- ! le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

A integrazione delle esclusioni di cui sopra sono previste le seguenti:

Esclusioni specifiche singole garanzie:

A integrazione delle esclusioni di cui sopra sono previste le seguenti:

- ! “Post ricovero”: sono escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera
- ! “Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (con omeopatia)”: sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici
- ! “Prestazioni odontoiatriche particolari: assistenza diretta”: rimangono sempre escluse le spese per protesi per finalità estetiche e per trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche

Franchigie

NON PREVISTE

Scoperti

Sezione 2 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico

- ! “Prestazioni assicurate in casi di ricovero per effettuare un Grande Intervento chirurgico”
 - Prestazioni in assistenza diretta: nessuna applicazione di scoperti
 - Prestazioni in assistenza indiretta scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00
 - Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale le spese per i tickets sanitari vengono rimborsate senza alcuno scoperto

Sezione 3 Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero,


- ! “Alta specializzazione”:
 - Prestazioni in assistenza diretta: nessuna applicazione di scoperti
 - Prestazioni in assistenza indiretta scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00
 - Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale le spese per i tickets sanitari vengono rimborsate senza alcuno scoperto
- ! “Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (con omeopatia)”
 - Prestazioni in assistenza diretta: nessuna applicazione di scoperti
 - Prestazioni in assistenza indiretta scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00
 - Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale le spese per i tickets sanitari vengono rimborsate senza alcuno scoperto
- ! “Protesi ortopediche e acustiche”
 - Prestazioni in assistenza diretta: nessuna applicazione di scoperti
 - Prestazioni in assistenza indiretta scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona
 - Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale le spese per i tickets sanitari vengono rimborsate senza alcuno scoperto


Carenze

La copertura assicurativa decorre:


- ! per gli infortuni: dalle ore 24:00 del giorno stesso di effetto dell'assicurazione
- ! per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione
- ! per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione
- ! per il parto e le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione
- ! per le infezioni da HIV: dal 1° giorno del VI (sesto) anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione


Rivalse NON PREVISTE


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: <i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni</i>
	Assistenza diretta/in convenzione: <i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni</i>
	Gestione da parte di altre imprese: <i>le garanzie sono prestate da UniSalute S.p.A. (Numero Verde 800 822479)</i>
	Prescrizione: <i>Ai sensi dell'art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda</i>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<i>Se il contraente, agendo senza dolo o colpa grave, ha reso dichiarazioni inesatte o reticenti in merito alle circostanze del rischio, la società può recedere dal contratto comunicando tale decisione al contraente entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o della reticenza. Tuttavia, se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla società, o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'indennizzo dovuto è ridotto in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato, se si fosse conosciuto il reale stato delle cose</i>
Obblighi dell'impresa	<i>Non è contrattualmente previsto un termine entro cui l'Impresa si impegna a liquidare il Sinistro</i>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni</i>
Rimborso	NON PREVISTO

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni</i>
Sospensione	NON PREVISTA

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo stipulazione la	<i>La disdetta deve essere inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax. Il contraente ha facoltà di optare anche per la formula senza tacito rinnovo, in questo caso la copertura cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel contratto</i> <i>Se il contratto è stipulato con modalità di vendita a distanza, il contraente ha il diritto di recedere nei 14 giorni successivi alla sua definizione</i>
Risoluzione	NON PREVISTA

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<i>Il prodotto sistema SALUTE Nuova Edizione si rivolge ai contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche (con il limite di cinque), in relazione al rimborso di spese sanitarie da infortunio e da malattia, in caso di grande intervento chirurgico</i>	

 Quali costi devo sostenere?	
<i>La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 15,00% del Premio imponibile</i>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami aventi a 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 relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;">Arca Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317 e-mail: reclami@arcassicura.com</p> <p><i>I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'intermediario di riferimento</i> <i>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> <i>Il termine massimo per il riscontro al reclamante è di 45 giorni</i></p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p><i>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico</i> <i>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato</i> <i>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela</i> <i>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa</i> <i>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze</i> <p><i>Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS</i></p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162)</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<i>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile</i>

AVVERTENZA:

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

sistema Salute Nuova Edizione

sistema **SALUTE**
Nuova Edizione

Polizza Sanitaria

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Indice:

Glossario	p. 3
1 - Norme che regolano il contratto in generale	p. 6
2 - Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico	p. 10
3 - Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero	p. 16
4 - Norme che regolano i sinistri	p. 22
Allegato 1 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici	p. 26
Allegato 2 - Alta specializzazione	p. 28
Norme di legge richiamate in polizza	p. 29
Modulo denuncia sinistro	p. 31

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

Glossario

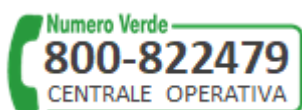
Gentile cliente,

Le presentiamo il nostro prodotto *sistema* Salute Nuova Edizione: una polizza sanitaria dedicata ai Grandi Interventi Chirurgici, che offre a lei e, se desidera, al suo nucleo familiare la possibilità di utilizzare una rete convenzionata in caso di infortunio o malattia con o senza ricovero

sistema Salute Nuova Edizione nasce, infatti, dalla collaborazione di Arca Assicurazioni con UniSalute che ha una rete capillare in tutta Italia per offrirle i servizi sanitari di cui necessita.

Come avrà modo di osservare nelle prossime pagine delle Condizioni di Assicurazione, che rappresentano gli impegni contrattuali che ci assumiamo nei suoi confronti, abbiamo utilizzato box informativi che, a titolo puramente esemplificativo, le potranno essere utili per approfondire alcuni aspetti delle garanzie incluse nella polizza.

Le anticipiamo che UniSalute mette a sua disposizione, i seguenti servizi:



Centrale Operativa



App scaricabile da Google Play, da APP Store o Windows Store

Glossario

Nel testo delle Condizioni di ASSICURAZIONE si intende per:

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: prestazione medica strumentale, a carattere anche cruento e/o invasivo, atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una MALATTIA.

ANNO: periodo di tempo pari a 365 (trecentosessantacinque) giorni, o a 366 (trecentosessantasei) giorni in caso di ANNO bisestile.

ASSICURATO: la persona il cui interesse è protetto dal contratto di ASSICURAZIONE.

Gli assicurati possono essere:

1) il CONTRAENTE e/o i componenti (in tutto o in parte) del suo NUCLEO FAMILIARE al momento della sottoscrizione del contratto di ASSICURAZIONE e nominativamente indicati in POLIZZA come assicurati;

oppure:

2) l'imprenditore e/o le persone che con lui collaborano nell'esercizio della sua attività imprenditoriale e nominativamente indicati in POLIZZA come assicurati.

ASSICURAZIONE: il contratto di ASSICURAZIONE.

ASSISTENZA: l'aiuto in denaro o in natura, fornito all'ASSICURATO che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: attività relativa all'ASSISTENZA sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

BEST DOCTORS®: la SOCIETÀ che coadiuva UNISALUTE nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "DIAGNOSI COMPARATIVA": BEST DOCTORS, Calle Almagro, 36, 28010 Madrid – Spagna.

CENTRALE OPERATIVA: è la struttura di UNISALUTE costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della SOCIETÀ, le prestazioni previste dalla POLIZZA.

La CENTRALE OPERATIVA con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'ASSICURATO, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

CONTRAENTE: il soggetto che stipula il contratto di ASSICURAZIONE e paga il PREMIO.

DAY HOSPITAL: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in ISTITUTO DI CURA in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

DIAGNOSI COMPARATIVA: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'ASSICURATO, da una struttura di medici specialisti internazionali.

DIFETTO FISICO: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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

FRANCHIGIA: la parte di danno indennizzabile che, per ogni SINISTRO, rimane a carico dell'ASSICURATO.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici relativo agli interventi chirurgici riportati nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici (Allegato 1 alla POLIZZA).

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: importo giornaliero erogato dalla SOCIETÀ in caso di RICOVERO, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il RICOVERO stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post RICOVERO, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di POLIZZA.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla SOCIETÀ in caso di SINISTRO.

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

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

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

LETTERA D'IMPEGNO: documento con cui l'ASSICURATO si impegna a versare alla struttura convenzionata a cui si rivolge, eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'ASSICURAZIONE.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA: l'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'ASSICURATO e con oneri a carico dello stesso.

MALATTIA: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia MALFORMAZIONE o DIFETTO FISICO anche non dipendente da INFORTUNIO.

MALFORMAZIONE: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE: l'importo stabilito negli specifici articoli di POLIZZA che rappresenta la spesa massima che la SOCIETÀ si impegna a prestare nei confronti dell'ASSICURATO per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

NUCLEO FAMILIARE: il coniuge o il convivente more uxorio e i figli come risultanti dallo stato di famiglia dell'ASSICURATO principale al momento della sottoscrizione del contratto.

PIANO TERAPEUTICO (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche particolari): documento sottoscritto dall'ASSICURATO contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare e che deve essere comunicato a UNISALUTE per rendere possibile la successiva "PRESA IN CARICO". Eventuali successive variazioni al PIANO TERAPEUTICO concordato dovranno essere sottoposte a una nuova PRESA IN CARICO da parte di UNISALUTE.

POLIZZA: il documento che prova l'ASSICURAZIONE e che è sottoscritto dal CONTRAENTE.

PREMIO: la somma dovuta dal CONTRAENTE alla SOCIETÀ.

PRESA IN CARICO (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche particolari): comunicazione di UNISALUTE al centro odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel PIANO TERAPEUTICO che la stessa UNISALUTE si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella PRESA IN CARICO è subordinata al rispetto di quanto riportato

nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

RECLAMO: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di ASSICURAZIONE relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

RECLAMANTE: un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del RECLAMO da parte dell'impresa di ASSICURAZIONE, a esempio il CONTRAENTE, l'ASSICURATO, il beneficiario e il danneggiato.

RETTA DI DEGENZA: trattamento alberghiero e ASSISTENZA medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

RICOVERO: la degenza in ISTITUTO DI CURA comportante pernottamento, documentata da cartella clinica.

SCHEDE ANAMNESTICA (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche particolari): documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'ASSICURATO, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'ASSICURATO, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

SCOPERTO: la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'ASSICURATO.

SINISTRO: il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'ASSICURAZIONE, che comporta un'attività gestionale per la SOCIETÀ.

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

SOMMA ASSICURATA: l'importo stabilito negli specifici articoli di POLIZZA che rappresenta la spesa massima che la SOCIETÀ si impegna a prestare nei confronti dell'ASSICURATO per le relative garanzie e/o prestazioni previste in POLIZZA.

SPESE VOLUTTUARIE: tutte quelle spese che soddisfano bisogni non necessari alla degenza del paziente al fine del recupero fisico post intervento chirurgico (quali ad esempio TV o connessione WiFi presso la casa di cura in cui viene effettuato il RICOVERO).

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA: ISTITUTO DI CURA, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UNISALUTE ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

TERMINI DI ASPETTATIVA: periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura sanitaria per la MALATTIA/parto.

UNISALUTE S.P.A.: compagnia specialistica di ASSICURAZIONE con Sede Legale e Direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, di cui la SOCIETÀ si avvale per l'operatività della centrale telefonica e dell'erogazione, delle prestazioni assicurate tramite la rete delle strutture sanitarie con essa convenzionate e per il rimborso delle spese assicurate.

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la SOCIETÀ si obbliga, nel limite delle somme assicurate, per le spese sostenute dall'ASSICURATO, per usufruire delle prestazioni rese necessarie da MALATTIA o INFORTUNIO, avvenuti durante l'operatività del contratto e che hanno reso necessario un RICOVERO per l'effettuazione di un GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO come definito dall'Allegato 1; sono inoltre assicurate le prestazioni sanitarie definite nel contratto con i limiti indicati alle singole garanzie, anche in assenza di RICOVERO.

Art. 2 - Operatività del contratto


Le garanzie prestate sono esclusivamente quelle indicate in POLIZZA e valgono esclusivamente per gli assicurati nominalmente descritti in POLIZZA.

Art. 3 - Assistenza diretta/Assistenza indiretta: definizione

Le garanzie del presente contratto possono essere prestate con le seguenti modalità:

- ASSISTENZA diretta: prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, con pagamento delle spese assicurate direttamente da parte di UNISALUTE alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono;
- ASSISTENZA indiretta: prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) non convenzionate con intervento indiretto da parte di UNISALUTE, cioè con il rimborso all'ASSICURATO delle spese assicurate sostenute (prestazioni, tickets, INDENNITÀ SOSTITUTIVA), alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono.

La SOCIETÀ nel garantire le prestazioni assicurate nel presente contratto, si avvale dell'intervento operativo della SOCIETÀ specializzata UNISALUTE S.P.A. con sede Legale e direzione Generale in via Larga n°8, 40138 Bologna, che mette a disposizione dell'ASSICURATO:

- la sua rete di Strutture Sanitarie convenzionate¹ ;
- i servizi on-line via internet www.arcassicura.it o attraverso l'utilizzo della App UNISALUTE scaricabile gratuitamente da Google Play, da APP Store o Windows Store che consentono di:
 - 1) consultare la rete delle strutture sanitarie convenzionate;
 - 2) prenotare, visite ed esami;
 - 3) aggiornare i propri dati personali;
 - 4) denunciare un SINISTRO o verificare lo stato di un SINISTRO;
- la CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE: numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Art. 4 - 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

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

¹ Come faccio a sapere quali sono le Strutture Sanitarie convenzionate con UniSalute?

Per conoscere l'elenco delle Strutture Sanitarie e dei medici convenzionati con UniSalute è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it

Le limitazioni e le esclusioni presenti all'interno del contratto si considerano valide e accettate e si applicano anche nei confronti dell'ASSICURATO qualora sia persona diversa dal CONTRAENTE.

Art. 6 - Altre assicurazioni

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

Art. 7 - Modifiche al contratto

Le eventuali modificazioni al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Decorrenza del contratto

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

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

Art. 9 - Termini di carenza

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

- dal giorno stesso di effetto dell'ASSICURAZIONE per gli infortuni;
- dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le malattie;
- dal 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per l'ABORTO e le malattie dipendenti da gravidanza;
- dal 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per il parto e le malattie da puerperio;
- dal I (primo) giorno del VI (sesto) ANNO assicurativo successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le infezioni da HIV a condizione che l'ASSICURATO non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario, nel qual caso troverebbero applicazione i successivi Artt. 29 e 40 - Persone non assicurabili.

Qualora la presente **POLIZZA sia stata emessa in sostituzione**, senza soluzione di continuità, di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ, i termini sopra esposti operano:

- a) per gli stessi assicurati:
 - dal giorno di effetto della POLIZZA sostituita, qualora le prestazioni e i massimali risultanti dalla presente POLIZZA siano pari o inferiori a quella sostituita;
 - dal giorno di effetto della presente POLIZZA, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.
- b) per i nuovi assicurati:
 - dalla data di effetto del presente contratto.

Art. 10 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente ²

Il versamento del PREMIO può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il CONTRAENTE, al momento della stipula del contratto, autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il PREMIO alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla SOCIETÀ almeno 30 (trenta) giorni prima

² Cos'è il premio?

Il premio, in un'assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta.

della scadenza annuale del contratto. Il CONTRAENTE è tenuto a concordare con la SOCIETÀ la nuova forma di pagamento del PREMIO.

Art. 11 - Frazionamento del premio

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

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

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

Art. 12 - Durata del contratto ³

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

Art. 13 - Proroga del contratto

Il contratto è con tacito rinnovo pertanto, **in assenza di disdetta** da parte dell'ASSICURATO o da parte della SOCIETÀ, la durata del contratto viene **prorogata per 1 (uno) ANNO** e così successivamente.

Art. 14 - Disdetta del contratto

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

Art. 15 - 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'art. 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. 16 - Foro competente

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

Art. 17 - Oneri fiscali

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

Art. 18 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale in tutto il mondo.

³ La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in polizza?

Qualora il contratto sia stipulato "con tacita proroga", la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il contraente non deciderà di dare disdetta con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza del contratto stesso. Qualora il contratto sia stipulato "senza tacita proroga" la copertura si interrompe alla scadenza annua.

Art. 19 - Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente POLIZZA è di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 20 - Rinvio alle norme di legge

L'ASSICURAZIONE è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

2

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia con ricovero per Grande Intervento Chirurgico

COSA È ASSICURATO

Prestazioni assicurate in caso di RICOVERO per effettuare un GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	Rif. Art.	Somme assicurate
RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate: a) Nel periodo pre-RICOVERO: 100 giorni precedenti il RICOVERO b) Intervento chirurgico durante il RICOVERO c) ASSISTENZA medica, medicinali, cure durante il RICOVERO d) Rette di degenza trattamento alberghiero: spesa di € 250,00 per giorno di RICOVERO (*) e) Accompagnatore: spesa di € 50,00 al giorno massimo 30 giorni per RICOVERO (*) f) ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata: spesa di € 50,00 al giorno massimo di 30 giorni per RICOVERO (*) g) Nel periodo post RICOVERO: 100 giorni successivi alla data di fine RICOVERO	Art. 22	Grandi Interventi chirurgici (Allegato 1) € 150.000,00 con i limiti indicati (*)
Trapianto: spese per il prelievo di organo	Art. 23	
INDENNITÀ SOSTITUTIVA delle prestazioni durante il RICOVERO: limite € 100 al giorno, massimo di 90 per RICOVERO; spese pre e post RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO nel limite di € 2.000,00 per RICOVERO (*)	Art. 24	
Trasporto sanitario: limite di € 1.000,00 per RICOVERO (*)	Art. 25	
Rimpatrio della salma: limite € 1.500,00 per ASSICURATO e ANNO assicurativo (*)	Art. 26	

Art. 21 - Somma assicurata

La SOMMA ASSICURATA annua complessiva, riferita a ciascun ASSICURATO e a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di RICOVERO per effettuare un GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e definite negli articoli successivi, è pari a € 150.000,00 (centocinquantamila).

Per le prestazioni in assenza di RICOVERO, le somme assicurate sono quelle previste dalle singole garanzie.

Art. 22 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico e prestazioni collegate

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO in conseguenza di INFORTUNIO o MALATTIA che abbiano reso necessario un RICOVERO in ISTITUTO DI CURA; UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre - RICOVERO:

100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO ^{ES} 



ES L'Assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico per una diagnosi ai fini di valutare la necessità di un Ricovero per eseguire un Grande Intervento Chirurgico Effettua una diagnosi con un esame di Alta Specializzazione in assistenza diretta che ha prenotato tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute. Necessita di un Ricovero per eseguire il Grande Intervento Chirurgico che effettua in assistenza diretta: contatta la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la clinica, viene ricoverato e rimane ricoverato per 7 giorni. Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di Ricovero con Grande Intervento Chirurgico pari a € 150.000,00 annui.

rimborso degli esami, degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche effettuati nei 100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che hanno determinato il RICOVERO.

b) **Intervento chirurgico:**



onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) **ASSISTENZA medica, medicinali, cure:**



prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di RICOVERO. Sono compresi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) **Rette di degenza:**



trattamento alberghiero (escluse le SPESE VOLUTTUARIE).

L'ASSICURAZIONE è prestata come segue:

- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) la garanzia è prestata **nel limite di € 250,00 (duecentocinquanta) al giorno;**
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura convenzionata (ASSISTENZA diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UniSalute.

e) **Accompagnatore:**



l'ASSICURATO deve preventivamente comunicare alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA e a UniSalute, la presenza di un accompagnatore. La STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore e UNISALUTE provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'ISTITUTO DI CURA.

In caso di mancata disponibilità per l'accompagnatore da parte della STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA, UNISALUTE provvederà **al rimborso** delle spese alberghiere sostenute nel limite **di € 50,00 (cinquanta)** al giorno per un **massimo di 30 (trenta) giorni per RICOVERO.**

f) **ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale:**



ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale nel **limite di € 50,00 (cinquanta)** al giorno per un **massimo di 30 (trenta) giorni** esclusivamente durante il periodo di RICOVERO.

La presente garanzia viene prestata esclusivamente previo contatto con UniSalute.

g) **Post-RICOVERO: 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO**



esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche **(queste ultime solo se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'ISTITUTO DI CURA)**, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO, purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che ha determinato il RICOVERO con GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO; sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'ISTITUTO DI CURA.

I medicinali previsti in copertura sono prestati in forma esclusivamente rimborsuale.

Art. 23 - Trapianto a seguito di malattia o infortunio



Nel caso di RICOVERO per trapianto di organi o di parte di essi, oltre alle spese previste all'Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-RICOVERO (100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO): estesa anche alle spese sostenute per trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto praticati durante tale periodo preparatorio all'intervento di trapianto;
- necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- trasporto sanitario dell'ASSICURATO esteso al trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per

le prestazioni effettuate durante il RICOVERO del donatore limitatamente a:

- intervento chirurgico;
- ASSISTENZA medica, medicinali, cure;
- rette di degenza;

come definite agli Artt.: Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate e Art. 25 - Trasporto sanitario, con i relativi limiti e modalità in essi indicati.



Art. 24 - Indennità sostitutiva⁴ delle prestazioni durante il ricovero

Qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso a UNISALUTE per le prestazioni ricevute durante il periodo di RICOVERO dovuto a GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero **di € 100,00 (cento) per ogni giorno di RICOVERO per un massimo di 90 (novanta) giorni per RICOVERO.**

Oltre al pagamento dell'INDENNITÀ SOSTITUTIVA, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-RICOVERO;
- post-RICOVERO;

definite all'Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate. Per tali prestazioni l'ASSICURAZIONE è prestata per ciascun ASSICURATO **fino a un massimo di € 2.000,00 (duemila) all'ANNO** senza applicazione degli scoperti e dei minimi non indennizzabili previsti (ASSISTENZA diretta o ASSISTENZA indiretta).

Art. 25 - Trasporto sanitario



UNISALUTE **rimborsa** le spese di trasporto dell'ASSICURATO in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'ISTITUTO DI CURA;
- da un ISTITUTO DI CURA a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di € 1.000,00 (mille) per RICOVERO.

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

Art. 26 - Rimpatrio della salma



In caso di decesso dell'ASSICURATO, avvenuto durante un RICOVERO presso un ISTITUTO DI CURA all'estero, UNISALUTE provvede al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **nel limite di € 1.500,00 (millecinquecento) per ANNO assicurativo e ASSICURATO.**

COSA NON È ASSICURATO

Art. 27 - Contraente/Assicurato: limiti di età

Premesso che il CONTRAENTE della POLIZZA è correntista, l'ASSICURAZIONE è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in POLIZZA.

La copertura assicurativa, per ciascun ASSICURATO:

- è operante a condizione che alla data di effetto della POLIZZA l'ASSICURATO non abbia compiuto il **70° (settantesimo) ANNO di età**;
- **cesserà** alla scadenza annuale successiva al compimento del **75° (settantacinquesimo) ANNO di età** anagrafica dell'ASSICURATO.

In tal caso la SOCIETÀ invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

⁴ Quando posso richiedere l'indennità sostitutiva?

Se ho effettuato un Grande Intervento Chirurgico tramite le strutture del SSN e non ho chiesto a UniSalute rimborsi, si avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 100,00 al giorno per un massimo di 90 giorni.

Art. 28 - Inclusioni ed esclusioni di assicurati dalla polizza

Con il presente contratto possono essere assicurate le persone fisiche nominativamente individuate in POLIZZA in qualità di assicurati.

L'inclusione o l'esclusione di un ASSICURATO potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo PREMIO. In ogni caso non sarà possibile assicurare più di cinque persone per POLIZZA.

Art. 29 - Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile; sono tali le persone che al momento della stipula del contratto, abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%.

Premesso che la SOCIETÀ non avrebbe acconsentito a stipulare l'ASSICURAZIONE laddove avesse saputo che l'ASSICURATO, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

Il suddetto articolo non trova applicazione qualora la presente POLIZZA, relativamente agli stessi assicurati, sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ inerente ai prodotti *orizzonte* Salute, *sistema* salute, *orizzonte* Salute Nuova Edizione e *sistema* Salute Nuova Edizione.

Art. 30 - Esclusioni dall'assicurazione

In aggiunta a quanto previsto dal precedente Art. 29 - Persone non assicurabili, l'ASSICURAZIONE non è operante per:

- 1) le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da INFORTUNIO o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 5) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 6) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 7) i ricoveri causati dalla necessità dell'ASSICURATO di avere ASSISTENZA di terzi per effettuare gli

- atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'ASSICURATO che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in ISTITUTO DI CURA per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 8) gli interventi non rientranti nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici - Allegato 1;
 - 9) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 - 10) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 - 11) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolti a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
 - 12) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
 - 13) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose genere commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
 - 14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - 15) le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
 - 16) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 31 - Pagamento spese, limiti, scoperti, minimi non indennizzabili

a) ASSISTENZA diretta (strutture convenzionate):

UNISALUTE provvede direttamente al pagamento delle spese per le prestazioni assicurate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA a carico dell'ASSICURATO.

Le spese sostenute relativamente a:

- pre-RICOVERO (Art. 22 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico e prestazioni collegate, lettera a));
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale (Art. 22 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico e prestazioni collegate, lettera f));
- trasporto sanitario (Art. 25 - Trasporto sanitario);
- rimpatrio della salma (Art. 26 - Rimpatrio della salma);

vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti e le modalità previsti nei rispettivi articoli indicati.

b) ASSISTENZA indiretta (strutture non convenzionate):

UNISALUTE provvede al rimborso all'ASSICURATO delle spese sostenute per le prestazioni assicurate con applicazione di uno SCOPERTO del 20% con il minimo non indennizzabile di € 1.000 (mille).

Le spese sostenute relativamente a:

- RETTA DI DEGENZA (Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate, lettera d));
- accompagnatore (Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate, lettera e));
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale (Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate, lettera f));
- trasporto sanitario (Art. 25 - Trasporto sanitario);
- rimpatrio della salma (Art. 26 - Rimpatrio della salma);

vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti previsti nei rispettivi articoli indicati.

c) Servizio Sanitario Nazionale:

nel caso di prestazioni assicurate erogate tramite strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, UNISALUTE rimborsa integralmente le spese sostenute dall'ASSICURATO per:

- rette di degenza (Art. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e prestazioni collegate, lettera d)): riferite al trattamento alberghiero e secondo il limite e la modalità in esso indicato;
- tickets sanitari.

d) Sistema Sanitario Nazionale (prestazione intramuraria):

qualora il RICOVERO avvenga in regime di LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA, cioè con prestazione erogata all'interno del Sistema Sanitario Nazionale con utilizzo di strutture e l'intervento di personale sanitario che opera in libera professione, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese con le seguenti modalità:

- ASSISTENZA diretta: per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale convenzionato come indicato alla lettera a) del presente articolo;
- ASSISTENZA indiretta: rimborso delle spese per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale non convenzionato come indicato alla lettera b) del presente articolo.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di RICOVERO, **potrà richiedere** il pagamento della INDENNITÀ SOSTITUTIVA (Art. 24 - INDENNITÀ SOSTITUTIVA delle prestazioni durante il RICOVERO).

3

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero

COSA È ASSICURATO

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Art.	Somme assicurate
Alta specializzazione (Allegato 2)	Art. 32	€ 5.000,00
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (con omeopatia)	Art. 33	€ 1.500,00
Protesi ortopediche e acustiche	Art. 34	€ 1.000,00
Prestazioni odontoiatriche particolari: ASSISTENZA diretta	Art. 35	limiti diversificati per prestazione
Prestazioni diagnostiche particolari: ASSISTENZA diretta	Art. 36	una volta l'anno
Diagnosi Comparativa/Second Opinion	Art. 37	a carico della Società



Art. 32 - Alta Specializzazione

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO per le prestazioni di Alta Specializzazione come elencate all'Allegato 2 – Alta specializzazione nel **limite complessivo annuo per ASSICURATO di € 5.000,00 (cinquemila)**.

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- ASSISTENZA diretta: le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA.
- ASSISTENZA indiretta: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'ASSICURATO con applicazione di uno **SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 60,00 (sessanta)** per ogni ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO o ciclo di terapia.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.
- Per l'attivazione della prestazione è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'Art. 49 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta e all'Art. 50 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta.

Art. 33 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia) ^{ES}

Sono assicurate le spese sostenute, nel **limite annuo di € 1.500 (millecinquecento) per**



^{ES} Visita specialistica ed accertamenti diagnostici

L'Assicurato necessita di effettuare una visita specialistica dal dermatologo.

Somma assicurata annua € 1.500,00

- Prestazione in assistenza diretta: l'Assicurato dopo avere prenotato la prestazione sanitaria tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute, si presenterà alla struttura selezionata e sosterrà l'esame senza nessun costo a suo carico.
- Prestazione in assistenza indiretta: l'Assicurato, non utilizza una Struttura sanitaria convenzionata e dopo aver usufruito della prestazione, dovrà richiedere il rimborso della spesa assicurata e produrre la documentazione medica necessaria e la relativa fattura saldata. Limite per la prestazione € 1.500,00; il costo della prestazione ammonta a € 200,00. Se la prestazione è assicurata, verrà rimborsata la spesa sostenuta, con applicazione di uno Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 60,00, pari a € 140,00; Spesa sostenuta € 200,00 - € 60,00 = € 140,00 spesarimborsata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale del ticket sanitario.

ASSICURATO, per visite specialistiche, visite omeopatiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a MALATTIA o a INFORTUNIO, **con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici**. Rientra in garanzia esclusivamente la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- ASSISTENZA diretta: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'ASSICURATO vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture medesime senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA. Qualora non risultino sul territorio strutture convenzionate nella provincia dove l'ASSICURATO è residente questi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, potrà effettuare la prestazione in ASSISTENZA indiretta **con il rimborso integrale delle spese sostenute nel limite previsto dalla garanzia**.
- ASSISTENZA indiretta: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **SCOPERTO del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 (sessanta)** per ogni visita specialistica o ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO. I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.



Art. 34 - Protesi ortopediche e acustiche

UNISALUTE **rimborso** le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di € 1.000,00 (mille) per ASSICURATO**. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **SCOPERTO del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 50,00 (cinquanta)** per fattura/persona.



Art. 35 - Prestazioni odontoiatriche particolari: assistenza diretta

In deroga a quanto previsto all'Art. 30 "Esclusioni dall'ASSICURAZIONE" al punto 3) UNISALUTE provvede al pagamento di:

- 1) una visita specialistica;
- 2) una seduta di igiene orale professionale: ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso a un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. UNISALUTE provvederà al pagamento della prestazione **fino a un massimo di € 60,00 (sessanta) all'ANNO** solo se effettuate in ASSISTENZA diretta, cioè con intervento e prenotazione da parte della CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE.

Rimangono sempre escluse le spese per protesi per finalità estetiche e per trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'ASSICURATO, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UNISALUTE, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso ANNO assicurativo, UNISALUTE provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata e autorizzata da UniSalute.

Le prestazioni su indicate sono necessarie per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Restano a carico dell'ASSICURATO tutte le altre prestazioni che verranno preventivate e addebitate all'ASSICURATO sulla base delle tariffe applicate dal Centro odontoiatrico convenzionato per prestazioni similari a UNISALUTE.



Art. 36 - Prestazioni diagnostiche particolari: Assistenza diretta

UNISALUTE provvede direttamente al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate effettuate una volta l'ANNO purché siano effettuate in ASSISTENZA diretta.

Le prestazioni elencate devono essere effettuate in un'unica soluzione e sono:

- alanina aminotransferasi ALT;
- aspartato Aminotransferasi AST;

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- creatinina;
- esame emocromocitometrico e morfologico completo;
- gamma GT;
- glicemia;
- trigliceridi;
- tempo di tromboplastina parziale (PTT);
- tempo di protrombina (PT);
- urea;
- VES;
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico;
- Feci: ricerca del sangue occulto.

Inoltre, successivamente al compimento del 20° (ven tesimo) ANNO di età dell'ASSICURATO, sono assicurate anche le spese relative agli esami di seguito elencati:

- ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Piloni);
- ECG + Visita Cardiologica.

Le suddette prestazioni, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.



Art. 37 - Diagnosi comparativa/Second Opinion, Altre informazioni sanitarie

a) DIAGNOSI COMPARATIVA/Second Opinion

L'ASSICURATO, telefonando alla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE ha la possibilità di avere un secondo e qualificato parere comparativo con la precedente diagnosi fatta dal proprio medico comprensivo delle indicazioni terapeutiche conseguenti, per trattare le seguenti patologie in atto:

- AIDS;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della vista;
- Cancro;
- Coma;
- Malattie cardiovascolari;
- Perdita dell'udito;
- Insufficienza renale;
- Perdita della parola;
- Trapianto di organo;
- Patologia neuro motoria;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Morbo di Parkinson;
- Infarto;
- Ictus;
- Ustioni Gravi.

L'ASSICURATO può infatti usufruire delle seguenti prestazioni:

- Consulenza Internazionale: UNISALUTE rilascerà all'ASSICURATO un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da BEST DOCTORS® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della DOCUMENTAZIONE SANITARIA richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- Trova il Medico: UniSalute, attraverso BEST DOCTORS®, metterà in contatto l'ASSICURATO con un **massimo di 3 (tre) specialisti** scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine BEST DOCTORS® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della MALATTIA, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'ASSICURATO.
- Trova la Miglior Cura: qualora l'ASSICURATO intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UNISALUTE, la stessa, attraverso BEST DOCTORS®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti

e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'ISTITUTO DI CURA, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'ASSICURATO laddove necessario. **BEST DOCTORS® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di BEST DOCTORS® consentirà all'ASSICURATO di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

b) **Altre informazioni sanitarie**

La CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE oltre a definire con l'ASSICURATO le prenotazioni in ASSISTENZA diretta e la gestione dei rimborsi delle spese sostenute in ASSISTENZA indiretta, fornisce anche le informazioni telefoniche sanitarie in merito a:

- 1) strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- 2) indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ASSISTENZA diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- 3) centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- 4) farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- 5) pareri medici: qualora in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA l'ASSICURATO necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la CENTRALE OPERATIVA fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.



COSA NON È ASSICURATO

Art. 38 - Contraente/Assicurato: limiti di età

Premesso che il CONTRAENTE della POLIZZA è correntista, l'ASSICURAZIONE è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in POLIZZA.

La copertura assicurativa, per ciascun ASSICURATO:

- è operante a condizione che alla data di effetto della POLIZZA l'ASSICURATO non abbia compiuto il **70° (settantesimo) ANNO di età**;
- **cesserà** alla scadenza annuale successiva al compimento del **75° (settantacinquesimo) ANNO di età** anagrafica dell'ASSICURATO.

In tal caso la SOCIETÀ invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

Art. 39 - Inclusioni ed esclusioni di assicurati dalla polizza

Con il presente contratto possono essere assicurate le persone fisiche nominativamente individuate in POLIZZA in qualità di assicurati.

L'inclusione o l'esclusione di un ASSICURATO potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo PREMIO. In ogni caso non sarà possibile assicurare più di cinque persone per POLIZZA.

Art. 40 - Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile; sono tali le persone che al momento della stipula del contratto, abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA;

- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%.

Premesso che la SOCIETÀ non avrebbe acconsentito a stipulare l'ASSICURAZIONE laddove avesse saputo che l'ASSICURATO, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

Il suddetto articolo non trova applicazione qualora la presente POLIZZA, relativamente agli stessi assicurati, sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ inerente ai prodotti *orizzonte SALUTE*, *sistema SALUTE*, *orizzonte SALUTE Nuova Edizione* e *sistema SALUTE Nuova Edizione*.

Art. 41 - Esclusioni dall'Assicurazione

In aggiunta a quanto previsto dal precedente Art. 40 - Persone non assicurabili, l'ASSICURAZIONE non è operante per:

- 1) le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da INFORTUNIO o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 4) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 5) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 6) i ricoveri causati dalla necessità dell'ASSICURATO di avere ASSISTENZA di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'ASSICURATO che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in ISTITUTO DI CURA per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 7) gli interventi non rientranti nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici – Allegato 1;
- 8) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto all'Art. 34 - Protesi ortopediche e acustiche;
- 9) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 10) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolti a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;

- 11) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
- 12) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose genere commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 13) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 14) le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
- 15) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 42 - Denuncia del sinistro

Premesso che la SOCIETÀ ha conferito ad UNISALUTE S.P.A. specifico mandato alla trattazione dei sinistri e al pagamento delle relative spese l'ASSICURATO o chi per esso, per usufruire della prestazione sanitaria di cui necessita e risultante dalla prescrizione medica, può utilizzare:

- i servizi on-line o via internet www.arcassicura.it o attraverso l'utilizzo della App UNISALUTE scaricabile gratuitamente da Google Play, da APP Store o Windows Store che consentono di:
 - 1) consultare la rete delle strutture sanitarie convenzionate;
 - 2) prenotazioni, visite ed esami;
 - 3) aggiornare i propri dati personali;
 - 4) denunciare un SINISTRO o verificare lo stato di un SINISTRO.
- **la CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE:** numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30
- rivolgersi a struttura sanitaria non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) sostenendone la spesa di cui potrà chiedere il rimborso.

Nel caso di ASSICURAZIONE di un NUCLEO FAMILIARE: il Titolare dell'Area Clienti è il primo fra gli assicurati elencati in POLIZZA, il quale potrà accedere ai relativi servizi dopo aver completato la procedura di registrazione. Eventuali familiari assicurati potranno accedere all'Area Clienti con le credenziali del Titolare, senza necessità di personale registrazione.

Nel caso di ASSICURAZIONE dei collaboratori di una impresa: ogni ASSICURATO è Titolare di una propria Area Clienti, accessibile dopo aver completato la procedura di registrazione.

Il Titolare dell'Area Clienti potrà effettuare la registrazione dal sito internet di Arca Assicurazioni, www.arcassicura.it entrando nella pagina di "sistema SALUTE Nuova Edizione" dal link "Prodotti".

Art. 43 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'ASSICURATO è tenuto a:

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

Prestazioni sanitarie urgenti: nel caso di motivi di urgenza sanitaria certificati dalla struttura sanitaria, nell'impossibilità di contattare preventivamente la CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, l'ASSICURATO potrà comunque rivolgersi a strutture sanitarie convenzionate; le relative spese verranno liquidate con le modalità previste **dall'Art. 49 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta, lettere a) e b).**

Salvi i casi di urgenza, qualora l'ASSICURATO utilizzi una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con UNISALUTE senza avere avuto preventivamente l'autorizzazione da parte della CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate **all'Art. 50 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta.**

Richiesta di documentazione supplementare: ai fini di una corretta valutazione del SINISTRO o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UNISALUTE avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Si precisa, inoltre, che il rimborso delle spese a fine cura di quanto spettante all'ASSICURATO viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UNISALUTE della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'INDENNIZZO sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'ASSICURATO al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Inoltre, **l'ASSICURATO deve** consentire eventuali controlli medici disposti da UNISALUTE e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 44 - Inadempimento degli obblighi

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

Art. 45 - Gestione documentazione di spesa; estratto conto sinistri

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

UNISALUTE, al fine di mantenere aggiornato l'ASSICURATO in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo periodico delle richieste di rimborso** in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese precedente l'invio;
- **riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa** presentata nel corso dell'ANNO con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'ASSICURATO;
- **estratto conto online**.

Art. 46 - Altre assicurazioni

Qualora l'ASSICURATO abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo SINISTRO, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'ASSICURATO verrà liquidato, nel rispetto di limiti scoperti e franchigie previste nella presente alle singole garanzie e in base anche alle modalità di erogazione della prestazione assicurata (ASSISTENZA diretta o indiretta), al netto di quanto già rimborsato da terzi il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 47 - Controversie e arbitrato irrituale

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

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

Art. 48 - 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 mediazione civile@arcavita.it ovvero a mezzo fax al n° 045.8192371.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E PER LA SEZIONE 3 - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO

Art. 49 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza diretta

a) Sinistri in ASSISTENZA diretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture convenzionate

L'ASSICURATO all'atto dell'effettuazione della prestazione, dovrà presentare alla struttura convenzionata i seguenti documenti:

- documento comprovante la propria identità;
- la prescrizione del medico curante contenente la natura della MALATTIA accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di RICOVERO l'ASSICURATO dovrà sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'ISTITUTO DI CURA, la lettera d'impegno, con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'ASSICURAZIONE;
- all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione delle prestazioni sanitarie ricevute.

In caso di prestazione senza RICOVERO, l'ASSICURATO dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UNISALUTE provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate sulla base delle Condizioni di ASSICURAZIONE. A tal fine l'ASSICURATO delega UNISALUTE a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di POLIZZA.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'ASSICURATO né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di POLIZZA, eccedenti la SOMMA ASSICURATA o non autorizzate, scoperti o minimi non indennizzabili a carico dell'ASSICURATO.

b) Personale non convenzionato operante in struttura convenzionata

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'ASSICURATO che dovranno essere preventivamente autorizzate e riportate nella LETTERA D'IMPEGNO da lui firmata, verranno liquidate alle condizioni generali del presente contratto e con le modalità previste per i sinistri in ASSISTENZA indiretta cioè come regolato dall'Art. 50 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta.

Art. 50 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza indiretta

a) Sinistri in ASSISTENZA indiretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture non convenzionate

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'ASSICURATO, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente alla sede di UNISALUTE S.P.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia di SINISTRO debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di RICOVERO copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale e di tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni sanitarie effettuate nei periodi pre e post (come definiti in POLIZZA) il RICOVERO, ad essi connesse che dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di prestazioni extra RICOVERO, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;

- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Inoltre, l'ASSICURATO, a fronte di specifica richiesta da parte di UNISALUTE, dovrà produrre specifica e adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del SINISTRO o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UNISALUTE avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione che si impegna a restituire a sue spese.

Rimborso delle spese a fine cura: il pagamento di quanto spettante all'ASSICURATO viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UNISALUTE della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'INDENNIZZO sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'ASSICURATO al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Art. 51 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale

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

- Art. 49 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta, lettere a) e b);
- Art. 50 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: nel caso di richiesta di corresponsione dell'INDENNITÀ SOSTITUTIVA, l'ASSICURATO dovrà presentare il modulo di denuncia del SINISTRO corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

Allegato 1 - Elenco dei grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2 - Alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Codice Civile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

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

Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.

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

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del Sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

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

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

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in un Anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di Assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'Assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

sistema Salute Nuova Edizione

sistema **SALUTE**
Nuova Edizione

Polizza Sanitaria

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 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "Regolamento")

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, Arca Assicurazioni S.p.A. e UniSalute S.p.A., in qualità di Titolari del trattamento, hanno 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 personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; nonché dati appartenenti a categorie particolari⁽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 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⁾. I suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI (COMUNI E PARTICOLARI) 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 particolare), 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 rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, 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.

TRATTAMENTI DI DATI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI E 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 personali, con esclusione di dati appartenenti a categorie particolari, per finalità commerciali (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 ed analisi dei dati per rilevare la qualità dei servizi o le esigenze e preferenze della clientela, per comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, messaggi su applicazioni web, e-mail, fax e SMS o MMS.

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. I suoi dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa privacy e saranno conservati per due anni per finalità relative a comunicazioni commerciali, termine decorrente dalla cessazione dei rapporti con Arca Assicurazioni e UniSalute S.p.A. e/o le altre Società del Gruppo; decorsi tale termine non saranno più utilizzati per le predette finalità.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Arca Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via del Fante 21, 37122 Verona, e UniSalute S.p.A. (per il solo trattamento per la gestione dei sinistri) con sede legale in via Larga n. 8, 40138 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" del Gruppo Unipol, per il tramite del "Supporto DPO" di Arca Assicurazioni S.p.A., è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di Arca Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@arcassicura.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7). Inoltre, collegandosi al sito www.arcassicura.it nella sezione Privacy, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare Reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia. Per eventuali dubbi o chiarimenti relativi alla gestione dei sinistri affidata a UniSalute S.p.A., nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali quest'ultima comunica i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà consultare il sito www.unisalute.it o rivolgersi al "Responsabile per la protezione dei dati" del Gruppo Unipol al recapito sopraindicato e via e-mail all'indirizzo: privacy@unisalute.it.

Note

- 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche origine razziale o etnica, convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 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.
- 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.
- 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 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 S.p.A. www.unipol.it.
- 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, legali; Società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate, nonché ad enti e organismi, anche propri 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 presso il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.