

Assicurazione per infortunio e malattia

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

Impresa che realizza il prodotto Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Prodotto Mediolanum Capitale Umano



Data di realizzazione 19/04/2024. Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo 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 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.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi – Società con unico Socio. Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 - Basiglio (MI); tel. 02.9049.1; www.mediolanumassicurazioni.it; e-mail: info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it; pec: mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it. Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22.08.74); iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione.

Con riferimento all'ultimo bilancio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti il patrimonio netto dell'impresa è di € 54.127.622,33 di cui: la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000; la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 11.145.019,93 al netto dell'utile di esercizio.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (<https://www.mediolanumassicurazioni.it/relazione-solvibilita-condizione-finanziaria>.)

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità è di € 52.050.189, l'importo del requisito patrimoniale minimo è di € 18.763.946, l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di € 113.655.008 ed il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è 218,4%.

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni in merito alle garanzie previste.

Garanzie per l'Assicurato	<p>La polizza protegge l'Assicurato sia nella vita privata sia nello svolgimento dell'attività professionale, e cioè del lavoro che dichiara di fare alla Compagnia, con queste garanzie:</p> <p>Invalità Permanente (da Infortunio)</p> <p>La garanzia opera se l'Assicurato subisce un'invalità permanente da infortunio, cioè da evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa a una persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili. L'Assicurato è coperto se l'invalità si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.</p>
----------------------------------	---

Invalidità Permanente (da Malattia)

La garanzia opera se l'Assicurato subisce una invalidità permanente da malattia, cioè da un'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (ad esempio un infarto) e deve essersi manifestata cioè aver dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data di attivazione della polizza. L'Assicurato è coperto se l'invalidità si verifica entro 1 anno dalla chiusura di questa polizza, se viene accertato che la malattia è insorta mentre la polizza era ancora aperta.

La garanzia, infine, opera solo se l'Assicurato compila il questionario sanitario.

Decesso (da Infortunio)

La garanzia opera se l'Assicurato subisce un Infortunio, cioè un evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento che ne causa il decesso entro due anni dal giorno in cui si è verificato, anche se nel frattempo si è chiusa la polizza.

Indennitaria Forfettaria (da Infortunio)

La garanzia opera se l'Assicurato subisce un infortunio, cioè un evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento che causa una lesione all'apparato scheletrico (cranio, colonna vertebrale, arto superiore destro o sinistro, arto inferiore destro o sinistro), lesioni particolari (ad esempio sordità completa bilaterale, protesi d'anca), lesioni muscolo-tendinee, amputazioni dell'arto superiore e inferiore.

Rimborso spese mediche (da Infortunio)

La garanzia opera se a causa di un infortunio, cioè un evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, l'Assicurato ha sostenuto delle spese che dipendono direttamente dallo stesso per:

- a) ricovero in Istituto di cura pubblico o privato con o senza intervento chirurgico (ad es. costi di degenza, onorari di medici, chirurghi e aiuti chirurgo, anestesisti, spese per materiali e diritti di sala operatoria, medicinali). Sono compresi anche gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva per eliminare i danni estetici causati dall'Infortunio che è stato subito;
- b) intervento chirurgico ambulatoriale o in Day Surgery;
- c) visite mediche specialistiche;
- d) applicazione di gessi, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- e) diagnostica artroscopica;
- f) accertamenti diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- g) accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici (es: TAC, RMN, ecografia, doppler, holter, scintigrafia);
- h) analisi ed esami diagnostici di laboratorio, clinici, immunologici, microscopici;
- i) terapie fisiche anche specialistiche (ad es. laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia);
- j) corsetti ortopedici, protesi e tutori per braccia, gambe, tronco e protesi oculari.

La Compagnia rimborsa entro i massimali previsti indipendentemente dal numero di infortuni che si verificano durante ogni anno in cui si rinnova la polizza e quindi si è assicurati, solo se si presenta un referto medico rilasciato da un pronto soccorso entro 5 giorni da quando l'Infortunio si verifica.

Intervento Chirurgico (da Infortunio o Malattia)

La garanzia opera se l'Assicurato viene ricoverato in un istituto di cura per fare un intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia, o se deve partorire.

	<p>L'infortunio è l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa a una persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili.</p> <p>La malattia è un'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (ad esempio un infarto) e deve essersi manifestata cioè aver dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data di attivazione della polizza.</p> <p>La Compagnia considera sempre qualsiasi tipo di parto come un intervento chirurgico.</p> <p>Il contraente deve scegliere nel modulo di proposta se l'indennizzo deve essere pagato dalla Compagnia in base alle somme indicate nelle tabelle "A" o "B".</p> <p>La garanzia, infine, opera solo se l'Assicurato compila il questionario sanitario.</p> <p>Diaria da Ricovero (da Infortunio o Malattia)</p> <p>La garanzia opera se l'Assicurato viene ricoverato per infortunio o malattia in un istituto di cura almeno per una notte.</p> <p>L'infortunio è l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa a una persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili.</p> <p>La malattia è un'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (ad esempio un infarto) e deve essersi manifestata cioè aver dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data di attivazione della polizza.</p> <p>La garanzia, infine, opera solo se l'Assicurato compila il questionario sanitario.</p> <p>Infine, per la garanzia Diaria da Ricovero la somma assicurata viene pagata per un massimo di 90 giorni per singolo evento e 180 per ogni anno in cui si rinnova la polizza e quindi si è assicurati.</p> <p>Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia</p> <p>Il servizio, sempre incluso nella polizza, offre all'Assicurato prestazioni di tipo sanitario e non sanitario sia alla residenza sia in viaggio, chiamando a qualunque ora in tutti i giorni dell'anno la centrale operativa di IMA. Ogni richiesta di assistenza può essere fatta per un massimo di 3 volte all'anno, per ogni anno in cui si rinnova la polizza e quindi si è assicurati.</p> <p>Assistenza alla residenza: l'Assicurato che si trova nella sua residenza e ne ha bisogno può chiedere le seguenti prestazioni: consigli medici telefonici, invio di un medico generico o di un'ambulanza, invio di un infermiere, invio di un fisioterapista.</p> <p>Assistenza in viaggio: l'Assicurato che si trova in viaggio, ad almeno 50 km dal Comune di residenza, può chiedere le seguenti prestazioni: interprete a disposizione all'estero (in base alle disponibilità locali), viaggio di un familiare con soggiorno, rientro sanitario, rientro del convalescente, rientro funerario, trasferimento in strutture sanitarie specializzate, invio di un autista.</p>
<p>Garanzie per la Famiglia dell'Assicurato</p>	<p>La polizza protegge i membri della Famiglia dell'Assicurato, che devono essere identificati sul modulo di proposta, con queste garanzie:</p> <p>Decesso e Invalidità Permanente (da infortunio)</p> <p>La garanzia opera se un membro della Famiglia dell'Assicurato subisce un infortunio, cioè un evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento che accade nell'ambito della vita privata, e ne causa il decesso o l'invalidità permanente entro due anni dal giorno in cui si è verificato.</p> <p>Malattie gravi giovanili</p> <p>La garanzia opera se a uno o più dei familiari minorenni dell'Assicurato viene riscontrata una di queste malattie: cancro; arresto cardiaco; ictus; trapianto degli organi principali; paralisi; ustioni di grado severo / gravi ustioni; meningite infettiva; coma; tumore cerebrale benigno; distrofia muscolare; sclerosi multipla.</p> <p>La garanzia, infine, opera solo se per ogni minorenne viene compilato il questionario sanitario.</p>

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme massime pagabili (i massimali), contrattualmente previste o concordate.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Se oltre ad una delle garanzie per Invalidità Permanente da infortunio e/o da malattia viene sottoscritta almeno un'ulteriore garanzia a scelta dell'Assicurato (eccezion fatta per il servizio di assistenza) è applicato uno sconto del 7%, per la sottoscrizione di 3 o più garanzie è applicato uno sconto del 10%.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono ulteriori garanzie oltre a quanto indicato nel Dip Danni.
----------------	---

Ci sono limiti di copertura?

Per l'Assicurato	<p>Oltre a quanto indicato nel Dip Danni, l'Assicurato NON può chiedere indennizzi (sono le cosiddette esclusioni) anche in questi casi:</p> <ul style="list-style-type: none">- per tutti gli infortuni che dipendono dal lavoro svolto dall'Assicurato se: opera nel campo dell'energia nucleare; è a contatto con esplosivi e materiale pirotecnico; è minatore; è uno stuntman; fa attività circense; è palombaro o sommozzatore; è nei corpi speciali delle forze dell'ordine e forze armate;- per le garanzie Invalidità Permanente da malattia, Intervento Chirurgico (da infortunio o malattia), Diaria da Ricovero (da Infortunio o Malattia): le malattie, ogni stato patologico e le conseguenze di infortuni che danno origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data in cui è attiva la relativa garanzia; i trattamenti che hanno finalità estetica; le interruzioni non terapeutiche di gravidanza; le prestazioni mediche e/o le terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni mediche e le terapie dietologiche non riconosciute dalla medicina ufficiale e/o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; i ricoveri in strutture sanitarie di lungodegenza o cure palliative; tutti i ricoveri dovuti soltanto ad accertamenti diagnostici; i difetti fisici o le malformazioni e le relative complicanze che esistevano già prima della data da cui è attiva la polizza; le cure odontoiatriche e ortodontiche (comprese le parodontopatie), se non sono necessarie a seguito di Infortunio e dovute solo a questo; le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici. <p>Inoltre, ci sono alcuni casi in cui l'Indennizzo deve essere ridotto (in termini assicurativi sono i limiti) oppure una parte del danno non può essere pagata e rimane quindi a carico dell'Assicurato (in termini assicurativi sono le franchigie e gli scoperti) per le seguenti garanzie:</p> <p>Invalidità Permanente (da Infortunio)</p> <p>Il Contraente, quando compila il modulo di proposta, deve indicare una franchigia a sua scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none">- franchigia assoluta pari al 5%. Se sceglie questa franchigia, in caso di sinistro la Compagnia paga l'Indennizzo solo per un'invalidità permanente superiore al 5%, perché il 5% rimane a carico dell'Assicurato. Quindi se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% la Compagnia non deve pagare nessuna somma.- franchigia assoluta a scaglioni "5% - 10% - 15%". Se sceglie questa franchigia, in caso di sinistro la percentuale di invalidità che non paghiamo dipende dall'importo del massimale per cui si è assicurati. Per la parte fino a 250.000 euro rimane a carico dell'Assicurato il 5%; per la
------------------	--

	<p>parte compresa tra 250.001 e 600.000 euro rimane a carico dell'Assicurato il 10%; per la parte oltre i 600.000 euro rimane a carico dell'Assicurato il 15%. In ogni caso se l'Invalidità è di grado pari o inferiore al 5% la Compagnia non deve pagare nessuna somma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia relativa del 65%. Se sceglie questa franchigia, in caso di sinistro la Compagnia paga l'intero Indennizzo previsto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 65% e non rimane nulla a carico dell'Assicurato (è il motivo per cui in termini assicurativi è definita come franchigia relativa). La Compagnia non deve pagare nessuna somma se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 65%. <p>Invalidità Permanente (da Malattia)</p> <p>Il contraente, quando compila il modulo di proposta, deve indicare una franchigia a sua scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia relativa del 25%. Se sceglie questa franchigia, in caso di sinistro la Compagnia paga l'intero Indennizzo previsto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 25% e non rimane nulla a carico. La Compagnia non deve pagare nessuna somma se l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 25%. - Franchigia relativa del 65%. Se sceglie questa franchigia, in caso di sinistro la Compagnia paga l'intero Indennizzo previsto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 65% e non rimane nulla a carico dell'Assicurato. La Compagnia non deve pagare nessuna somma se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 65%. <p>Decesso (da Infortunio)</p> <p>La Compagnia non paga l'indennizzo se è già stato pagato quello per Invalidità Permanente grave (cioè superiore al 65%).</p> <p>Rimborso spese mediche (da Infortunio)</p> <p>La Compagnia rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato trattenendo dall'indennizzo una percentuale del 15%, che resta quindi a suo carico, con un minimo di € 200 per sinistro (in termini assicurativi è chiamato scoperto). Per sinistro intendiamo l'intero ciclo di cure relativo allo stesso infortunio.</p> <p>Indennitaria Forfettaria (da Infortunio)</p> <p>Nel caso di più lesioni causate dello stesso infortunio, le somme pagate non possono mai superare complessivamente i 100.000 euro per ogni anno in cui si rinnova la polizza e quindi si è assicurati.</p> <p>Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia</p> <p>Le richieste di "Rientro sanitario" o di "Trasferimento in strutture sanitarie specializzate non vengono fornite in questi casi: mancato rispetto di norme sanitarie internazionali; a seguito di infortuni o di malattie diagnostiche o già noti prima di partire per il viaggio o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza; a seguito di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, abuso di alcol o ubriachezza, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere e infermità mentali determinate da sindrome organiche cerebrali, o se richieste per una donna in stato di gravidanza oltre la 26° settimana.</p>
<p>Per la Famiglia dell'Assicurato</p>	<p>Oltre a quanto indicato nel Dip Danni, i membri della Famiglia dell'Assicurato NON possono chiedere indennizzi (sono le cosiddette esclusioni) anche in questo caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per la garanzia Malattie gravi giovanili: tumori benigni o pre-cancerosi; tumori non-invasivi e tumori "in situ" (Tis); la displasia cervicale CIN I-III; carcinoma della vescica allo stadio Ta; carcinoma papillare e follicolare della tiroide, diagnosticato istologicamente come T1a

	<p>(tumore di dimensioni <=1 cm), salvo interessamento di linfonodi e/o metastasi a distanza; carcinoma della prostata diagnosticato istologicamente come T1N0M0; leucemia linfatica cronica e ricerca di anticorpi irregolari meno di 3; ogni tumore della pelle non menzionato nella definizione come riportata nelle Condizioni di Assicurazione; ogni tumore maligno che si manifesta in presenza della sindrome da HIV o AIDS; attacco ischemico transitorio (TIA definito come deficit neurologico reversibile entro le 24 ore); trapianto selettivo di cellule di Langerhans del pancreas; meningite infettiva in presenza di infezione da virus HIV; coma secondario ad abuso di sostanze alcoliche o farmaci e/o sostanze stupefacenti; coma farmacologico (indotto/prolungato per scopi terapeutici); tumori della ghiandola pituitaria, cisti, granulomi, ematomi e tumori dei nervi cranici (per es.: neurinoma acustico), o malformazioni nella/e o della/e materia cerebrale, arterie cerebrali o vene e/o colonna vertebrale.</p> <p>Inoltre, ci sono alcuni casi in cui una parte del danno non può essere pagata e rimane quindi a carico dei membri della Famiglia dell'Assicurato (in termini assicurativi sono le franchigie) per la seguente garanzia:</p> <p>Decesso e Invalidità Permanente da Infortunio</p> <p>Se un membro della Famiglia dell'Assicurato riporta un'Invalidità permanente da Infortunio, all'indennizzo si applica una franchigia assoluta del 5%. Questo vuol dire che, in caso di sinistro la Compagnia paga l'indennizzo solo per un'invalidità permanente superiore al 5%, perché il 5% rimane a carico della persona assicurata (è il motivo per cui in termini assicurativi è definita come franchigia assoluta). Quindi se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% la Compagnia non deve pagare nessuna somma.</p>
--	--

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Oltre a quanto indicato nel Dip Danni, la denuncia del sinistro da inviare alla Compagnia entro 5 giorni da quando si verifica, deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di Infortunio luogo, giorno, ora e descrizione dell'evento con indicazione delle lesioni subite. Solo per la garanzia rimborso spese mediche (da Infortunio), l'Assicurato deve inviare anche gli originali del referto del pronto soccorso e delle ricevute di pagamento che giustificano la spesa (ad esempio la fattura del medico e i conti dell'Istituto di cura). - in caso di Malattia la descrizione della Malattia e data in cui si è manifestata, con il relativo certificato medico o referti di altri esami clinici. <p>Assistenza diretta/in convenzione: le prestazioni relative al Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia sono fornite dalla Centrale Operativa di IMA Italia Assistance S.p.A.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: i sinistri relativi al Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia sono gestiti dalla Centrale Operativa di IMA Italia Assistance - tel. 800-402040-dall'estero +39 02.2412.8889.</p> <p>Prescrizione: Ogni diritto che deriva dalla polizza deve essere esercitato entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto da cui nasce quel diritto, secondo quanto stabilito dalla legge italiana.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Come indicato nel Dip Danni, il contraente e le persone assicurate devono fornire informazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggere o non proteggere l'Assicurato e la sua Famiglia; in caso contrario si potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, secondo quanto previsto dalla legge italiana.</p>

Obblighi dell'impresa	<p>La Compagnia si impegna a pagare il sinistro entro il termine massimo di 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione necessaria, a meno che questo termine debba essere sospeso perché sono necessari ulteriori accertamenti a causa della natura o della complessità del sinistro stesso, come contrattualmente previsto. In questo caso la sospensione è comunicata all'assicurato il prima possibile.</p> <p>Per i sinistri per Invalidità Permanente, la persona assicurata può inviare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per pagare il sinistro solo dopo che si sono stabilizzati i postumi. Se l'invalidità dipende da malattia, perché i postumi si stabilizzino, deve passare almeno 1 anno dalla denuncia del sinistro.</p>
------------------------------	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>La somma dovuta alla Compagnia (il premio), comprensiva di imposte, è calcolata sul periodo di 1 anno e può essere pagata in una sola volta o con frequenza semestrale o mensile (quest'ultima solo per i correntisti di Banca Mediolanum) senza costi aggiuntivi.</p> <p>Il premio annuale o la sua prima parte (per noi il c.d. premio da pagare alla firma) devono essere versati quando viene firmato il modulo di proposta, e possono essere pagati con un addebito diretto in conto corrente (solo per i correntisti di Banca Mediolanum) oppure con assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a Mediolanum Assicurazioni S.p.A.. I premi successivi possono essere pagati alla Compagnia con un'autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (cioè una Sepa Direct Debit o SDD), con un assegno bancario o circolare oppure con un bonifico. Ai soli titolari di rapporto di conto corrente con Banca Mediolanum riserviamo un'ulteriore possibilità e cioè: se scelgono la frequenza mensile, il premio di tutto il primo anno in cui si attiva la polizza può essere pagato anche in una sola volta, mentre il pagamento mensile inizia a partire dal secondo anno e per ogni rinnovo annuale successivo.</p> <p>Se non viene pagato il premio di polizza o anche solo una sua parte, la copertura viene sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della relativa scadenza e viene riattivata solo dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento o i pagamenti vengono recuperati.</p> <p>La Compagnia può applicare sconti sul premio alle polizze fatte da: suoi dipendenti o collaboratori continuativi; dipendenti, consulenti finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Conglomerato Finanziario Mediolanum. Queste condizioni vengono applicate anche alle polizze fatte dai rispettivi coniugi e parenti in linea retta (ad es. figli), in linea collaterale (ad es. fratelli e cugini) e affini (ad es. cognati e suocere) entro il secondo grado. Inoltre, la Compagnia o il distributore Banca Mediolanum, quest'ultimo su autorizzazione e in accordo con la Compagnia stessa, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente della polizza, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.</p>
Rimborso	<p>Il contraente ha il diritto di chiedere la restituzione dei premi incassati, da parte della Compagnia, dopo il compimento dei 75 anni dell'Assicurato se si riferiscono al rinnovo per l'annualità successiva.</p> <p>Se il contratto è stato concluso con tecniche di comunicazione a distanza e il contraente cambia idea e ci ripensa chiudendo la polizza entro 14 giorni dalla data di firma del modulo di proposta, la Compagnia restituisce il premio al netto della eventuale parte utilizzata per coprire l'Assicurato e i membri della sua Famiglia ogni giorno prima del ripensamento.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Questa polizza dura un anno, e si rinnova di anno in anno, e non serve che il contraente dica alla Compagnia di volerla mantenere attiva (in termini giuridici si parla di tacito rinnovo del contratto).</p> <p>L'Assicurato e i membri minorenni della sua Famiglia (se assicurati) sono coperti per i casi di malattia dopo che è passato un determinato periodo di tempo dal giorno in cui la polizza è attiva (in termini assicurativi si parla di periodi di carenza). Devono quindi trascorrere: 30 giorni da quando la polizza è attiva relativamente agli interventi chirurgici e la diaria da ricovero; 60 giorni da quando la polizza è attiva relativamente alla invalidità permanente e per le malattie gravi giovanili; 300 giorni da quando la polizza è attiva per il parto e per le malattie del puerperio.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista per il contraente la possibilità di sospendere le garanzie. Resta in ogni caso fermo quanto specificato rispetto all'ipotesi di mancato pagamento del premio di polizza.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Se il contratto è stato concluso con tecniche di comunicazione a distanza (cosiddetto contratto a distanza), il contraente ha il diritto di ripensarci e cambiare idea chiudendo la polizza (cioè recedere dal contratto senza penali) entro 14 giorni dalla data di firma del modulo di proposta. Per farlo deve inviare alla Compagnia una raccomandata o una PEC firmata digitalmente.</p>
Risoluzione	<p>Il contraente e la Compagnia possono chiudere la polizza, cioè disdire il contratto, con una raccomandata (o con una e-mail firmata digitalmente a mezzo PEC) almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.</p> <p>Inoltre, il contraente e la Compagnia possono chiudere la polizza dopo ogni sinistro correttamente denunciato, fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, con raccomandata (o con una e-mail firmata digitalmente a mezzo PEC). In questi casi, il recesso comunicato dal contraente vale (cioè ha effetto) dalla data in cui spedisce la comunicazione, mentre quello della Compagnia vale solo dopo che sono trascorsi 30 giorni dalla data in cui ha spedito la comunicazione. La Compagnia però non potrà chiudere la polizza dopo un sinistro se sono attive garanzie che coprono il caso di malattia delle persone assicurate.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

È l'assicurazione pensata per proteggere il capitale umano dell'individuo, e cioè la capacità di una persona (per noi l'Assicurato) di produrre reddito, con l'obiettivo di tutelare anche la tranquillità della sua Famiglia pagando indennizzi in caso di eventi imprevisti anche gravi che potrebbero peggiorarne la situazione economica, lavorativa e personale. Possono essere assicurate tutte le persone che hanno tra 18 e 74 anni compiuti al momento della firma del modulo di proposta e che, alla scadenza annuale della polizza, non hanno più di 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dal distributore Banca Mediolanum con riferimento al flusso commissionale dell'intero prodotto è pari al 27,5%.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami verso Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dovranno essere indirizzati a: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via Ennio Doris - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20079 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it . La Compagnia fornisce riscontro al reclamante entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	La quantificazione dell'indennizzo definitivo spettante all'assicurato a seguito del sinistro, può essere demandato dalle Parti a due medici, nominati uno per parte. Se tra loro non c'è accordo ne viene scelto insieme un terzo. Se non c'è accordo sulla scelta, quest'ultimo viene indicato dal consiglio dell'ordine dei medici che è competente (in termini giuridici ha giurisdizione) nel luogo in cui si dovranno riunire i 3 medici, cioè il Comune dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicino a dove la persona assicurata ha la residenza. Alle decisioni non ci si potrà opporre (in termini giuridici le decisioni sono vincolanti e non impugnabili) e non si potrà nemmeno chiedere una nuova valutazione tranne nei casi in cui ci sia stata violenza, volontà di danneggiare una delle parti, errore o violazione di accordi contrattuali.
	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.

AVVERTENZA

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

AVVERTENZA

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