



Mediolanum Polizza Protezione Prestito
Modulo di adesione alla Polizza Collettiva n. 984-52-4304228
stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Spett.le
MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

Data di ultimo aggiornamento 19/04/2024

Pratica Prestito N.: _____

Durata copertura assicurativa pari alla durata del Prestito (mesi): _____

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

AGEVOLAZIONI

CODICE AGEVOLAZIONE _____ * _____
* Descrizione della tipologia di agevolazione riconosciuta in base all'accordo distributivo.

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 1

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____
Codice cliente _____ Percentuale di indennizzo 25% 50% 75% 100%
 Lavoratore dipendente privato* **Non Lavoratore Dipendente Privato (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***
* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo.
ID Raccomandazione Personalizzata _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti). Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero riportate dall'assicurando durante la fase assuntiva, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Per poter essere protetto l'Aderente/Assicurando 1 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

- è mai stato affetto da:
 - tumori maligni NO SI
 - angina pectoris o ictus o infarto miocardico NO SI
 - epatite B o C NO SI
 - cirrosi epatica NO SI
 - broncopneumatie croniche ostruttive NO SI
 - diabete NO SI
 - insufficienza renale cronica NO SI
 - epilessia NO SI
 - infezione da HIV o AIDS NO SI
 - paralisi o deficit motori NO SI
 - sindromi organiche cerebrali NO SI
 - malattie neurologiche degenerative NO SI
 - malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici NO SI
 - cecità mono o bi-oculare NO SI
- le è mai stata riconosciuta da enti pubblici o privati un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, oppure è attualmente in corso la valutazione NO SI

Se ad una delle domande è stato risposto "SI" è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute.

Ad esempio: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione del grado di invalidità, rilasciata da enti autorizzati, con relativa motivazione o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata chiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stato risposto "SI" nel questionario; nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando libera dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che sono in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza da subito la Compagnia ad acquisire copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e copia degli accertamenti medici effettuati.

Avvertenza: se l'Aderente/Assicurando, o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad es. un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 2

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Codice cliente _____ Percentuale di indennizzo 25% 50% 75% 100%

Lavoratore dipendente privato* **Non Lavoratore Dipendente Privato (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***

* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo.

ID Raccomandazione Personalizzata _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti). Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero riportate dall'assicurando durante la fase assuntiva, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Per poter essere protetto l'Aderente/Assicurando 2 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

• è mai stato affetto da:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - tumori maligni | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - angina pectoris o ictus o infarto miocardico | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - epatite B o C | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - broncopneumatie croniche ostruttive | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - diabete | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - epilessia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - infezione da HIV o AIDS | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - paralisi o deficit motori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - sindromi organiche cerebrali | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - malattie neurologiche degenerative | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| - cecità mono o bi-oculare | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

• le è mai stata riconosciuta da enti pubblici o privati un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, oppure è attualmente in corso la valutazione NO SI

Se ad una delle domande è stato risposto "SI" è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. Ad esempio: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione del grado di invalidità, rilasciata da enti autorizzati, con relativa motivazione o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stato risposto "SI" nel questionario; nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando libera dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che sono in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza da subito la Compagnia ad acquisire copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e copia degli accertamenti medici effettuati.

Avvertenza: se l'Aderente/Assicurando, o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad es. un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge.

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

ADESIONE ALLA POLIZZA

PREMIO DI POLIZZA

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di voler aderire alla Polizza collettiva n. 984-52-4304228 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Il Premio unico e anticipato è determinato dall'importo del Prestito, indipendentemente dalla sua durata, ed è calcolato come di seguito indicato:

Lavoratore dipendente privato

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Perdita di lavoro:

Importo del Prestito x 4,50% (tasso di Premio lordo) per massimali fino a 250.000 €
Importo del Prestito x 3,50% (tasso di Premio lordo) per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000 €.

Non Lavoratore Dipendente Privato (cioè Lavoratore Autonomo/Dipendente Pubblico/Non Lavoratore)

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Grande Intervento Chirurgico:
Importo del Prestito x 4,50% (tasso di Premio lordo) per massimali fino a 250.000 €.
Importo del Prestito x 3,50% (tasso di Premio lordo) per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000 €.

Il Premio di Polizza da pagare pari ad euro _____ sarà aggiunto all'importo di Prestito richiesto e successivamente sottratto dall'importo erogato.

Il totale dei costi, compresi nel Premio, è pari ad euro _____ di cui euro _____ rappresenta l'importo che spetta al Distributore a titolo di provvigione.

Resta inteso che, se cambia l'importo del Prestito erogato, l'importo del Premio e/o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche.

In caso di variazioni, l'importo del Premio effettivamente dovuto sarà comunicato a ogni Aderente/Assicurato.

Garanzie scelte da Assicurando 1	Premio Lordo
Decesso da Infortunio	€
Invalidità Permanente Totale da Infortunio	€
Invalidità Permanente Totale da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
Totale Assicurando 1	€

Garanzie scelte da Assicurando 2	Premio Lordo
Decesso da Infortunio	€
Invalidità Permanente Totale da Infortunio	€
Invalidità Permanente Totale da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
Totale Assicurando 2	€

TOTALE PREMIO* = €

* Nel Premio di Polizza è compresa la garanzia "Premio Futuro", offerta gratuitamente da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e operante dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, fatto salvo il periodo di carenza, fino alla scadenza del Prestito. Per i dettagli si rinvia alle Condizioni di Assicurazione.

DA QUANDO SI È ASSICURATI

In considerazione delle finalità della Polizza e dell'esigenza manifestata dall'Aderente, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui viene erogato il Prestito anche in caso di collocamento della Polizza a distanza.

Ogni Aderente/Assicurato prende atto della possibilità di cambiare idea e chiudere la Polizza, cioè recedere dal contratto. Il diritto di ripensamento può essere fatto valere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Polizza (cioè da quando viene stipulato il Prestito), come previsto dalle Condizioni di Assicurazione. Inoltre, prende atto che, trascorso detto periodo, ha la possibilità di bloccare il rinnovo della Polizza ogni anno, cioè disdirla, con un preavviso minimo di 60 giorni prima della ricorrenza annuale del contratto e sarà comunque coperto fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui ha esercitato tale diritto, dopodiché la Polizza verrà chiusa.

In entrambi i casi, il Premio pagato - al netto delle spese amministrative (pari a Euro 25), delle imposte versate e della quota parte del Premio utilizzata per coprire chi è assicurato ogni giorno prima del ripensamento - sarà rimborsato nelle modalità previste nel contratto.

Ogni Aderente/Assicurando si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia ogni modifica alla propria condizione lavorativa, come sopra indicata. In tali casi ogni Aderente/Assicurando è consapevole che la Compagnia attiverà la garanzia prevista per la nuova condizione lavorativa.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

DICHIARAZIONI E FIRME

Ogni Aderente/Assicurando

- essendo stato avvertito della possibilità di ricevere gratuitamente la documentazione informativa e contrattuale, su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie la modalità:

NON CARTACEA (file pdf) CARTACEA

Se scelto il formato elettronico (file pdf), in sostituzione di quello cartaceo, dichiara di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentano di consultare e gestire autonomamente documenti in formato elettronico, archiviati su supporto durevole. È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto elencati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.

Resta salvo il diritto di modificare la scelta fatta in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

Ogni Aderente/Assicurando (ove presente) dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, il Set Informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale Danni (c.d. DIP Danni), dal Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni (c.d. DIP Aggiuntivo Danni) e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario.

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di aver ricevuto ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018: (i) il documento contenente l'informativa sul distributore, (ii) l'elenco delle regole di comportamento del distributore e (iii) il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-ibip.

Ogni Aderente/Assicurando in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di un consulente della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi. Dichiaro altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico (file pdf), quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata.

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance).

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi della vigente normativa in materia dei dati personali nel quadro del Regolamento UE 2016/679 e di voler prestare il consenso al trattamento dei dati di natura particolare.

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato Italiano; si impegna pertanto a comunicare tempestivamente alla Compagnia l'eventuale variazione di residenza. In tal caso, la Compagnia recede dal Contratto e comunica all'Aderente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

CONDIZIONI DA APPROVARE IN MODO SPECIFICO

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni che riguardano la copertura assicurativa ed, in particolare: Art. 1 "Chi può essere assicurato"; Art. 5 "Chi non può essere assicurato"; Art. 9 "Casi in cui non si ha diritto all'indennizzo (le esclusioni)"; Art. 9.1 "Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Malattia grave"; Art. 9.2 "Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)"; Art. 11 "Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)"; Art. 16 "Da quando non si è più assicurati"; Art. 17 "Rimborso anticipato o trasferimento del Prestito"; Art. 18 "Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)"; Art. 26 "Il sistema alternativo per risolvere i disaccordi (l'arbitrato)".

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di Adesione

Cognome e Nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede  Firma Codice Codice Area

Cognome e Nome Credit&Protection Specialist Codice Credit&Protection Specialist

DEFINIZIONI

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO: Persona fisica che lavora presso aziende o enti privati, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, con un orario settimanale di almeno 16 ore, anche se: a tempo determinato; di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); di apprendistato; di lavoro intermittente.

Non sono considerati lavoratori dipendenti privati i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) o che comunque non sia regolato dal diritto italiano.

NON LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:

- **Lavoratore Autonomo (es. un libero professionista):** Chi non è lavoratore dipendente e non ha dichiarato redditi da lavoro dipendente l'anno precedente. Per questa Polizza-Convention, rientrano nel concetto di lavoratori autonomi:

- i lavoratori soci di cooperative; i soggetti che ricevono borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, i soggetti che ricevono indennità parlamentari ed assimilate;
- i lavoratori dipendenti con contratto di lavoro stipulato all'estero e regolato da una legge diversa da quella italiana.

- **Lavoratore Dipendente Pubblico (es. impiegato comunale):** Chi lavora, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli Istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli istituti autonomi Case Popolari, le camere di commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura e loro associazioni, tutti gli Enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti di Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie che svolgono attività a carattere tecnico-operativo di interesse nazionale e che operano al servizio delle amministrazioni pubbliche anche regionali e locali. Sono anche considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli Enti pubblici parastatali come previsti dalla legge.

- **Non Lavoratore (es. casalinghi, studenti e pensionati):** Chi non è lavoratore autonomo o lavoratore dipendente (né privato né pubblico). Sono inoltre considerati non lavoratori i pensionati (anche se svolgono un'attività), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore oppure con contratti di lavoro accessorio oppure occasionale oppure che al momento dell'adesione si trovino collocati in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o Straordinaria.