Condizioni di Assicurazione

Mediolanum Protezione Autonomia

Contratto di assicurazione per i rischi di non autosufficienza

Edizione 20/06/2025

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Semplici e Chiari" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA e composto dalle principali Associazioni dei consumatori e degli intermediari assicurativi.

È un prodotto di

mediolanum ASSICURAZIONI

Retro di copertina

MEDIOLANUM
PROTEZIONE AUTONOMIA

Gentile Cliente,

per semplificare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, ti presentiamo sinteticamente la polizza **Mediolanum Protezione Autonomia** indicandone i principali contenuti ed anticipando gli accorgimenti grafici adottati.

A COSA SERVE

È pensata per aiutarti in caso di perdita dell'autosufficienza causata da infortunio o malattia, compreso il morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.
Interviene se non dovessi essere più in grado di svolgere in autonomia almeno 3 delle seguenti attività elementari della vita quotidiana - lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi - senza la costante assistenza di una terza persona.

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone fisiche con un'età compresa tra 20 e 70 anni, compilando l'apposito questionario sanitario. Ha durata decennale rinnovabile per tutta la vita dell'Assicurato.

COSA OFFRE

Decorsi 90 giorni dall'accertamento dello stato di non-autosufficienza, riconosce il rimborso delle spese sanitarie, tra un minimo di 1.000 € e un massimo di 5.000 € mensili ed in ogni caso nel limite del massimale che sceglierai, fino alla cessazione dello stato di non autosufficienza. Alla copertura base si accompagna sempre una garanzia di Assistenza per far fronte all'eventuale esigenza di servizi sanitari, non sanitari, di riabilitazione, di supporto psicologico e di adattamento dell'abitazione.

LIMITI, ESCLUSIONI E SCOPERTI

Prevede esclusioni, limitazioni e franchigie che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Inoltre, sono presenti periodi di carenza a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto, durante i quali la polizza non è operante.

Come potrai vedere, abbiamo inserito all'interno delle presenti *Condizioni* alcuni box di consultazione, identificati da simboli facilmente individuabili, per fornire risposte a dubbi e/o quesiti:

Risposte ai dubbi Esempi esplicativi

Ricorda che tali box non hanno alcun valore contrattuale, ma costituiscono solo un aiuto!

Infine, ti invitiamo a prestare attenzione ai termini in grassetto che richiamano informazioni di importanza rilevante e a quelli in *corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Amministratore Delegato e Rappresentante Legale

Massimo Grandis

INDICE

GLOSSARIO 4/16
CHE COSA/CHI È ASSICURATO? 5/16
Art. 1. Persone assicurabili 6/16
Art. 2. Cosa è assicurato 6/16
Art. 3. Definizione dello stato di Non autosufficienza 6/16
Art. 4. Questionario sanitario e valutazione dello stato di salute 6/16
Art. 5. Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali 7/16
Art. 5.1. Modalità di erogazione delle prestazioni e limiti 7/16
Art. 5.2. Opzione "Annulla Franchigia" 8/16
Art. 5.3. Opzione "Non-autosufficienza parziale" 9/16
Art. 6. Massimale assicurato 9/16
Art. 7. Servizio di assistenza (in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.) 9/16
Art. 7.1. Programma di assistenza e riabilitazione 9/16
Art. 7.2. Adattamento abitazione 10/16
CHE COSA NON È ASSICURATO? 10/16
Art. 8. Persone e patologie non assicurabili 10/16
CI SONO LIMITI DI COPERTURA? 10/16
Art. 9. Estensione territoriale 10/16
Art. 10. Periodi di carenza delle coperture e franchigia assoluta 10/16
Art. 11. Esclusioni dall'assicurazione 11/16
CHE OBBLIGHI HO? 11/16
Art. 12. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 11/16
Art. 13. Aggravamento e diminuzione del rischio 12/16
Art. 14. Denuncia del sinistro – Riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Compagnia 12/16
Art. 15. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza 13/16
Art. 16. Collegio arbitrale 13/16
QUANDO E COME DEVO PAGARE? 13/16
Art. 17. Premio 13/16
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? 14/16
Art. 18. Accettazione della proposta e documento di polizza (la conclusione del contratto) 14/16
Art. 19. Effetto e decorrenza dell'assicurazione 14/16
Art. 20. Durata dell'assicurazione 14/16
COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA? 14/16
Art. 21. Diritto di recesso 14/16

ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA 15/16
Art. 22. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione 15/16
Art. 23. Oneri fiscali 15/16
Art. 24. Foro Competente 15/16
Art. 25. Rinvio alle norme di legge 15/16
Art. 26. Assicurazione per conto altrui 15/16
Art. 27. Altre assicurazioni 15/16
Art. 28. Home Insurance 15/16

GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato
Soggetto indicato nel Documento di Polizza, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

Basi tecniche
Le basi tecniche sono costituite dall'insieme degli elementi utilizzati per il calcolo dei premi, in particolare: la probabilità di sopravvivenza delle persone autosufficienti, la probabilità di diventare non autosufficienti e la probabilità di decesso di un assicurato che si trova da un certo numero di anni in stato di Non autosufficienza.

Carenza
Periodo iniziale dell'Assicurazione durante il quale le garanzie non sono operanti.

Compagnia
Mediolanum Assicurazioni S.p.A. in qualità di società Assicuratrice.

Condizioni di Assicurazione
Insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il Contratto e contengono i diritti e doveri delle parti.

Contraente
Soggetto con residenza anagrafica in Italia, che stipula il Contratto nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Documento di polizza
Documento rilasciato dalla Compagnia, dopo che abbia accettato la Proposta di Assicurazione, che contiene gli elementi essenziali del Contratto e comprovante lo stesso.

Franchigia
Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo
Somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsi dalle singole coperture assicurative.

Infortunio
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Liquidazione
Pagamento da parte della Compagnia all'Assicurato dell'Indennizzo dovuto al verificarsi del Sinistro.

Malattia
Alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

Massimale
Importo massimo che la Compagnia si obbliga a corrispondere in caso di Sinistro, nei termini previsti dal Contratto.

Mini Mental State Examination
Test psicotecnico (M.M.S.E. o test di Folstein) per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo.

Modulo di Proposta (Proposta di Assicurazione)
Documento sottoscritto dal Contraente per richiedere alla Compagnia la stipulazione dell'Assicurazione.

Non autosufficienza
Incapacità fisica totale, riconosciuta "permanente e consolidata", di svolgere autonomamente, cioè senza l'aiuto di un'altra persona, le seguenti attività ordinarie della vita quotidiana: lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi.

Parti
Contraente, Assicurato, Compagnia.

Premio
Somma corrisposta periodicamente dal Contraente alla Compagnia per le coperture assicurative prestate.

Questionario sanitario
Documento allegato alla Proposta di Assicurazione che, debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, descrive il suo stato di salute e forma parte integrante del Contratto.

Ricovero
Degenza comportante il pernottamento in Struttura Sanitaria.

Sinistro
Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Spese medico-sanitarie e assistenziali
- Ricovero presso strutture residenziali;
- assistenza domiciliare, da parte di personale medico e paramedico o con l'ausilio di badante;
- prestazioni professionali di medici generici e specialisti;
- prestazioni professionali di esercenti professioni di carattere sanitario, come ad esempio infermieri, fisioterapisti, psicomotricisti, psicologi, logopedisti;
- interventi chirurgici;
- accertamenti diagnostici, analisi ed esami di laboratorio;
- terapie;
- acquisto o noleggio di presidi e ausili sanitari;
- acquisto di medicinali;
- cure odontoiatriche.

Struttura Organizzativa
Struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili

La Polizza è prestata in favore di persone fisiche che abbiano un'età non inferiore ai 20 anni e non superiore ai 70 anni compiuti.

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato

L'*Assicurazione*, a fronte del versamento di un *Premio* annuale, garantisce all'*Assicurato* che si venga a trovare in stato di ***Non autosufficienza*** (come definito all'art.3), **conseguente a *Infortunio* o *Malattia***, il **rimborso** delle ***Spese medico-sanitarie e assistenziali*** sostenute **nei limiti del *Massimale* mensile assicurato, indicato nel *Documento di Polizza*.**

A fronte del pagamento del relativo *Premio* aggiuntivo, l'*Assicurato* può attivare anche l'**opzione facoltativa** denominata "*Non-autosufficienza parziale*" che garantisce il riconoscimento di un *Indennizzo* nei casi in cui l'*Assicurato* venga a trovarsi in uno **stato di *Non autosufficienza*** che non integri tutte le condizioni previste dall'art. 3, **purché siano verificate almeno le condizioni indicate nell'art. 5.3**.

In abbinamento alla copertura per la tutela del rischio di *Non autosufficienza*, che costituisce quindi la copertura principale, è **previsto un servizio di assistenza.**

L'*Assicurato*, riconosciuto non autosufficiente a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, può usufruire delle **prestazioni di assistenza e riabilitazione** nonché ottenere il **rimborso delle spese sostenute per l'esecuzione di lavori di adattabilità** della propria abitazione, resi necessari dallo stato di *Non autosufficienza,* **nei limiti di quanto indicato nel successivo art. 7.1** e relativa Tabella A. Tali prestazioni sono erogate da Europ Assistance Italia S.p.A. tramite la propria *Struttura Organizzativa*.

Art. 3. Definizione dello stato di Non autosufficienza

L'*Assicurato* è considerato non autosufficiente nel caso in cui:

1. **risulti incapace di svolgere e pertanto necessiti di una costante assistenza nel compimento di almeno tre dei seguenti quattro atti "elementari" della vita quotidiana:**
   - **lavarsi**, intendendosi la capacità di mantenere in modo autonomo un livello d'igiene personale confacente alle proprie abitudini;
   - **alimentarsi**, intendendosi la capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
   - **spostarsi**, intendendosi la capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
   - **vestirsi**, intendendosi la capacità di mettere o togliere i propri vestiti, eventualmente riadattati, o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.
2. **sia affetto da Morbo di Alzheimer**, o similare demenza senile invalidante di origine organica, **che giustifichi l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana sopra definiti.**

L'accertamento dello stato di Non-Autosufficienza dovrà risultare da appositi referti medici e/o esami strumentali secondo quanto indicato al successivo art. 14.

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art. 4. Questionario sanitario e valutazione dello stato di salute

Ai fini della stipulazione dell'*Assicurazione* **è sempre richiesta la compilazione e la sottoscrizione, da parte dell'*Assicurato*, del *Questionario Sanitario*** proposto dalla *Compagnia*. **La *Compagnia* si riserva in ogni caso la facoltà di richiedere anche l'effettuazione di accertamenti sanitari** qualora lo ritenga opportuno ai fini della corretta valutazione del rischio e/o dello stato di salute dell'*Assicurato*.

La Compagnia, ricevuti la Proposta di Assicurazione e il Questionario Sanitario si riserva la facoltà di comunicare per iscritto al *Contraente* una controproposta di *Assicurazione* con applicazione di sovrappremio.

In tal caso, qualora il *Contraente* intenda comunque procedere con la conclusione del Contratto, accettando quindi il

sovrappremio indicato dalla *Compagnia*, dovrà comunicare la propria adesione in forma scritta; solo a seguito di tale adesione, la *Compagnia* provvederà all'emissione dell'*Assicurazione*.
Resta ferma la facoltà della *Compagnia* stessa di non procedere con la stipulazione dell'*Assicurazione*.

Art. 5. Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali

In caso di riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* (secondo quanto indicato al successivo art. 14) la *Compagnia* **rimborsa le *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute nei limiti del *Massimale* mensile** indicato nel *Documento di Polizza*.

Rispondiamo a un dubbio

Le spese per il pagamento della badante sono comprese nella copertura assicurativa principale?

Sì, le spese per la badante che fornisce prestazioni di assistenza sono comprese, a condizione che siano documentabili e che sussista un regolare rapporto di lavoro.

Art. 5.1. Modalità di erogazione delle prestazioni e limiti

Il rimborso avviene a seguito della consegna da parte dell'*Assicurato* della documentazione relativa alle *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute**. Ciascuna nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata decorsi almeno 30 giorni dalla precedente richiesta.**
La *Compagnia,* decorso il periodo di franchigia assoluta di cui al successivo art.10 rimborsa nei limiti dei *Massimali* mensili concordati. Ai fini del rispetto dei *Massimali*, si considera la data di presentazione della richiesta di rimborso e non la data di emissione del documento di spesa.
Qualora con i rimborsi precedenti i *Massimali* mensili non siano stati integralmente esauriti, infatti, la *Compagnia* mantiene disponibili le eccedenze non corrisposte ad integrazione dei pagamenti successivi.

Facciamo un esempio di indennità mensile pari a 2.000 €

Note	Mesi	*Massimale* liquidabile	Somma delle fatture presentate	*Liquidazione* da parte della *Compagnia*	Valore dell'accantonamento
Sinistro	Mese 0	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
Sinistro	Mese 1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 4	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
Sinistro	Mese 5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 6	**€ 6.000**	**€ 9.000**	**€ 6.000**	**€ 0**
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 9	**€ 6.000**	**€ 5.500**	**€ 5.500**	€ 500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
Fatture uguali al *Massimale* liquidabile	Mese 13	**€ 8.500**	**€ 8.500**	**€ 8.500**	€ 0

Note	Mesi	*Massimale* liquidabile	Somma delle fatture presentate	*Liquidazione* da parte della *Compagnia*	Valore dell'accantonamento
Fatture uguali al *Massimale* liquidabile	Mese 14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Art. 5.2. Opzione "Annulla Franchigia"

L'opzione, a fronte del versamento del relativo *Premio* annuo, garantisce la *Liquidazione* in unica soluzione di un **importo pari a 3 volte il *Massimale* mensile prescelto in fase di sottoscrizione**, oltre al rimborso spese mensile previsto al riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 5.1.

La *Compagnia* in ogni caso inizierà la *Liquidazione* del *Sinistro* sempre a partire dal quarto mese successivo a quello di denuncia dello stesso.

L'opzione è operante esclusivamente se scelta nel *Modulo di Proposta*.

Facciamo un esempio di indennità mensile pari a 2.000 € - CON opzione "Annulla Franchigia"

Note	Mesi	*Massimale* liquidabile	Somma delle fatture presentate	*Liquidazione* da parte della *Compagnia*	Valore dell'accantonamento
Sinistro	Mese 0	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
Sinistro	Mese 1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Sinistro	Mese 4	€ 2.000 + **(2.000*3)**	€ 0	**€ 6.000**	€ 2.000
Sinistro	Mese 5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 6	**€ 6.000**	**€ 9.000**	**€ 6.000**	**€ 0**
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
Fatture maggiori del *Massimale* liquidabile	Mese 8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 9	**€ 6.000**	**€ 5.500**	**€ 5.500**	€ 500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
Fatture minori del *Massimale* liquidabile	Mese 12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
Fatture uguali al *Massimale* liquidabile	Mese 13	**€ 8.500**	**€ 8.500**	**€ 8.500**	**€ 0**
Fatture uguali al *Massimale* liquidabile	Mese 14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Art. 5.3. Opzione "Non-autosufficienza parziale"

L'opzione "Non-autosufficienza parziale" garantisce, a fronte del versamento del relativo *Premio* annuo, il **pagamento di un capitale pari ad € 10.000 al riconoscimento dello stato di "*Non autosufficienza* parziale"**, da parte della *Compagnia*. Quest'ultimo è da intendersi come **l'impossibilità fisica totale, riconosciuta "permanente e consolidata", di effettuare in autonomia, cioè senza l'assistenza costante di un'altra persona, almeno due dei quattro atti ordinari della vita quotidiana**, così come definiti ai sensi del precedente art. 3.

Nell'ipotesi di aggravamento delle condizioni di salute che comportino l'incapacità di svolgere un ulteriore atto ordinario della vita quotidiana, **l'*Assicurato* può chiedere alla *Compagnia* la revisione dello stato di salute trascorsi almeno 6 (sei) mesi dalla data di denuncia del *Sinistro* relativo alla "*Non autosufficienza* parziale"; in caso di riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 3 la *Compagnia* provvederà a rimborsare le *spese medico-assistenziali* sostenute a condizione che sia decorso il periodo di *Franchigia* assoluta di 90 giorni.**

L'opzione è operante esclusivamente se scelta nel *Modulo di Proposta*.

Art. 6. Massimale assicurato

Il *Massimale* mensile per il rimborso delle *Spese medico-sanitarie e* assistenziali è scelto dal *Contraente* **tra un minimo di € 1.000 ed un massimo di € 5.000** (comunque per multipli di € 100) ed è riportato nel *Documento di Polizza*.

Rispondiamo a un dubbio

Se si disponesse di un Massimale mensile di € 2.000 e venissero presentate alla fine del mese spese per un totale di € 700, la Compagnia rimborserebbe comunque l'intero Massimale?

No, non si riceverebbe dalla Compagnia l'intero Massimale nel caso in cui le spese mensili documentate risultassero inferiori, poiché la prestazione garantita è un "rimborso spese" e non una "rendita" mensile. Come condizione di maggior favore per l'Assicurato, tuttavia, è previsto l'accantonamento delle somme mensili non utilizzate per integrare eventuali pagamenti successivi di importo superiore al Massimale mensile.

Art. 7. Servizio di assistenza (in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.)

Art. 7.1. Programma di assistenza e riabilitazione

Per l'*Assicurato* che durante il periodo di copertura assicurativa, in seguito al *Sinistro*, necessiti **di servizi sanitari, non sanitari, di riabilitazione e di supporto psicologico**, è a disposizione la *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia S.p.A. che, previo contatto telefonico, fornisce i servizi indicati dalla tabella sotto riportata, **nei limiti dei *Massimali* di seguito specificatamente indicati**:

Tabella A

Assistenza Erogata	Massimale in Giorni
Servizi non sanitari - Invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita domestica quotidiana, come ad esempio: pulizie della casa, pagamenti o altre incombenze amministrative, acquisti, sorveglianza di minori o anziani a domicilio.	**Massimo di 90 gg. con il limite di 8 h al giorno.**
Ausiliaria/Badante - Invio di personale assistenziale qualificato presso il domicilio, per aiutare la persona inabile o non autosufficiente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come ad esempio igiene personale, mobilità e alimentazione.	**Tale Massimale è da intendersi complessivo per le prestazioni erogate.**
Servizi Sanitari - Invio di personale sanitario professionale al domicilio per eseguire alcuni esami o accertamenti diagnostici, come ad esempio: - prelievi del sangue, ecografie, monitoraggio pressorio, elettrocardiogrammi non urgenti; - consegna/ritiro degli esiti degli esami eseguiti; - invio di farmaci urgenti al domicilio.	**Massimo di 90 gg. con il limite di 4 h al giorno.**

Assistenza Erogata	Massimale in Giorni
Riabilitazione domiciliare - Invio di personale sanitario professionale presso il proprio domicilio per eseguire cure fisiatriche o riabilitative.	**Massimo 90gg. con il limite di 2 h al giorno.**
Supporto psicologico - Organizzazione di una consulenza di supporto psicologico per la persona inabile/non autosufficiente e/o i familiari "care givers", o il rimborso di analoghe sedute di supporto psicologico eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente.	**Massimo di 6 sedute o limite di € 1.000.**

Art. 7.2. Adattamento abitazione

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *Malattia* e/o *Infortunio* come da certificato medico comprovante il proprio stato di *Non autosufficienza*, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio dei lavori per l'adattabilità della propria abitazione, Europ Assistance Italia S.p.A. provvederà al rimborso delle spese sostenute **fino ad un massimo di € 5.000 per *Sinistro*.** Qualora l'*Assicurato* avesse fatto richiesta degli incentivi in base a quanto stabilito dalla Legge 9 gennaio 1989, n. 13 e successive modifiche, la *Compagnia* riconoscerà, nei limiti del *Massimale* indicato, l'eventuale importo delle spese sostenute eccedente gli incentivi riconosciuti.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 8. Persone e patologie non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal *Questionario Sanitario,* le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V.

La sopravvenienza nel corso del *Contratto* delle predette patologie causa la cessazione automatica dell'*Assicurazione*, senza obbligo per la *Compagnia* di corrispondere l'*Indennizzo*.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 9. Estensione territoriale

L'*Assicurazione* per il rischio di *Non autosufficienza* ha validità in tutto il Mondo.

In relazione ai servizi di assistenza, invece, è assicurata esclusivamente la persona fisica residente in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, il cui interesse è protetto dall'*Assicurazione*. Le prestazioni per l'adattamento dell'abitazione sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

Art. 10. Periodi di carenza delle coperture e franchigia assoluta

L'*Assicurazione* prevede i seguenti **periodi di *Carenza***:

a) **3 anni**, per il caso di *Non autosufficienza* conseguente all'insorgenza del **morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;**
b) **1 anno**, per il caso di *Non autosufficienza* conseguente ad **altre cause di *Malattia* differenti da quelle specificate nel punto a).**

I casi di *Non autosufficienza* conseguenti a *Malattie* manifestatesi e/o diagnosticate durante il periodo di *Carenza* liberano la *Compagnia* dagli obblighi contrattuali e determinano la risoluzione del *Contratto* e il rimborso al *Contraente* dei *Premi* già incassati, al netto delle imposte.
Per il caso di *Non autosufficienza* conseguente ad *Infortunio* non sono previsti periodi di *Carenza*.

Il rimborso delle spese è corrisposto dopo che sia trascorso il periodo di *Franchigia* assoluta di 90 (novanta) giorni, a partire dalla data di denuncia dello stato di *Non autosufficienza*. A tal fine, si precisa che la *Compagnia* inizierà la *Liquidazione* del *Sinistro* a partire dal quarto mese successivo a quello di denuncia del *Sinistro* (secondo quanto indicato al successivo art. 14).
Le spese di cui viene chiesto il rimborso non possono comunque riferirsi a prestazioni rese prima della data di denuncia del *Sinistro* e di scadenza del periodo di *Franchigia.*

Art. 11. Esclusioni dall'assicurazione

L'*Assicurazione* non è operante per:

a) **lo stato di *Non Autosufficienza* preesistente alla data di effetto dell'*Assicurazione*;**

b) **le conseguenze di *Infortuni*, le *Malattie* e, in genere, di ogni stato patologico, che abbiano dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure anteriori alla data di effetto dell'*Assicurazione*, salvo che siano state dichiarate dal *Contraente* e/o dall'*Assicurato* nel *Questionario Sanitario*, che deve accompagnare la *Proposta di Assicurazione* e, in tal caso, il *Contraente* abbia aderito alla eventuale controproposta di *Assicurazione* con sovrappremio della *Compagnia* in conformità a quanto disposto dall'art. 4.;**

c) **lo stato di *Non autosufficienza* determinato da *Infortuni* derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'*Assicurato* è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento dell'*Infortunio*, i requisiti per il rinnovo;**

d) **gli *Infortuni* e le *Malattie* conseguenti ad intossicazione acuta causata da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci e/o sostanze psicotrope);**

e) **i casi di *Non autosufficienza* dovuti a dolo o colpa grave del *Contraente e/o Assicurato*;**

f) **i delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato* (Art. 43 del Codice Penale) e gli atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché gli atti temerari. Resta comunque coperto da garanzia lo stato di *Non autosufficienza* determinato da *Infortuni* derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);**

g) **le conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, nonché le conseguenze di tumulti popolari cui l'*Assicurato* abbia preso parte attiva;**

h) **lo stato di *Non autosufficienza* derivante da *Malattie* causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X), se non si tratta di conseguenze di terapie mediche relative a *Infortuni* o *Malattie* indennizzabili a termini di *Contratto*;**

i) **i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto del *Contratto* e le relative complicanze;**

j) **le *Malattie* mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici;**

k) **le *Malattie* derivanti da infezione da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;**

l) **lo stato di *Non autosufficienza* imputabile al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**

m) **lo stato di *Non autosufficienza* derivante da contaminazione biologica e/o chimica;**

n) **lo stato di *Non autosufficienza* conseguente ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'*Assicurato* per motivi psicologici o personali;**

o) **lo stato di *Non autosufficienza* derivante dalla pratica di sport:**
   - **costituenti per l'*Assicurato* attività professionale e/o che comunque comportino una remunerazione;**
   - **comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, se non si tratta di raduni automobilistici e/o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;**
   - **comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;**
   - **quali free climbing, salto dal trampolino con sci ed idrosci, motocross, trial, hydrospeed, kitesurfing, elibike, speleologia, sci estremo, skeleton e bobsleigh;**

p) **gli infortuni subiti dall'*Assicurato* su aeromobili di Compagnia/Aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub;**

q) **sono comunque esclusi gli infortuni occorsi durante o conseguenti alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.**

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 12. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le **dichiarazioni inesatte o le reticenze** del *Contraente* o dell'*Assicurato*, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della *Compagnia*, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto**

all'*Indennizzo*, nonché la cessazione stessa dell'*Assicurazione* ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 13. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'*Assicurato* devono dare **comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni aggravamento del rischio**, intervenuto nei primi due anni dalla stipulazione dell'*Assicurazione*. **Durante tale periodo, gli aggravamenti non noti o non accettati dalla *Compagnia* 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. A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'*Assicurato* nel corso del *Contratto*, fatto salvo quanto disposto all'art. 8.**

Nel caso di diminuzione del rischio, la *Compagnia* riduce il *Premio* o le rate di *Premio* successive alla comunicazione del *Contraente* o dell'*Assicurato* ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 14. Denuncia del sinistro – Riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Compagnia

Nel caso in cui si verifichino condizioni tali da far presumere che l'*Assicurato* venga a trovarsi in una situazione di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 3., l'*Assicurato* stesso o altra persona che lo rappresenti deve **richiedere per iscritto, entro 20 (venti) giorni da quando ne abbia avuta la possibilità, il riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* alla *Compagnia***, inviando alla stessa, **mediante lettera raccomandata, la dichiarazione di *Sinistro* e il referto medico di *Sinistro*** per la valutazione dello stato di *Non autosufficienza,* entrambi redatti sugli appositi modelli allegati.

La data di denuncia coincide con la data di ricezione da parte della *Compagnia* della denuncia stessa. Se per lo stesso rischio sono state stipulate altre assicurazioni, l'avviso di *Sinistro* deve essere dato a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'*Assicurato* ha l'obbligo di sottoporsi, a sue spese, a tutti gli accertamenti medici richiesti dalla *Compagnia,* ritenuti necessari per la valutazione dello stato di *Non autosufficienza* ed è tenuto a fornire copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Qualora ricorrano i presupposti, la *Compagnia*, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza*.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana derivasse da Morbo di Alzheimer, o similare demenza senile invalidante di origine organica, è necessario che lo stato di *Non autosufficienza* sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "*Mini Mental State Examination*", dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15. Se gli elementi in possesso della *Compagnia* non consentono di evincere lo stato di *Non autosufficienza*, la *Compagnia* si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'*Assicurato* ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'*Indennizzo* sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di *Non autosufficienza* dell'*Assicurato* risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'*Assicurato* stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla *Compagnia* alle seguenti condizioni:
- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 (tre) mesi dalla risposta di rifiuto della *Compagnia*;
- siano **nuovamente inviati gli accertamenti sanitari**. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del *Sinistro* può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Rispondiamo a un dubbio

In caso di Morbo di Alzheimer o similare demenza senile invalidante, per essere riconosciuto Non Autosufficiente è comunque necessario non essere in grado di compiere 3 dei 4 atti della vita quotidiana?

Si. Lo stato di non autosufficienza dovrà sempre essere valutato dalla Compagnia appurando la necessaria assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 dei 4 atti fondamentali della vita quotidiana (lavarsi, spostarsi, alimentarsi, vestirsi), e constatato da uno psichiatra o da un neurologo con l'uso del test "Mini Mental State Examination" (dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15).

Art. 15. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza

La *Compagnia* si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di **eseguire periodicamente controlli sanitari** sullo stato di salute dell'*Assicurato* attraverso medici di propria fiducia, richiedendo, a tal proposito, la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del *Sinistro*.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dello stato di autosufficienza, la *Compagnia* comunicherà al *Contraente* ed all'*Assicurato* la sospensione del pagamento dell'*Indennizzo* e la sospensione dell'esonero dal pagamento dei *Premi*. Il *Contraente* sarà tenuto al pagamento del *Premio* a decorrere da quello immediatamente successivo alla comunicazione della *Compagnia*, anche se frazionato.

Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'*Assicurato* dovrà essere indirizzato alla *Compagnia* ogni 6 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. **Nel caso in cui l'*Assicurato* si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'*Indennizzo* verrà sospeso.**

Inoltre, in relazione al servizio di assistenza e riabilitazione, Europ Assistance Italia S.p.A. si riserva comunque la possibilità di richiedere all'*Assicurato* ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'*Assicurato* non abbia diritto all'erogazione delle prestazioni di assistenza secondo i criteri riportati all'art. 7.1., cessa immediatamente l'erogazione della prestazione.

Art. 16. Collegio arbitrale

In caso di Sinistro, qualora vi sia disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, le Parti hanno facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione di rifiuto dell'indennizzabilità del Sinistro.

Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre medici, nominati uno per parte ed il terzo indipendente scelto di comune accordo dalle Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale competente per il luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese e l'onorario del proprio medico e la metà di quelle dell'arbitro indipendente. Tutti gli altri oneri sono a carico della parte soccombente.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 17. Premio

Il *Premio* annuo, comprensivo di oneri fiscali, è **determinato sulla base dell'età dell'*Assicurato*** alla data di sottoscrizione dell'*Assicurazione*, **del *Massimale* scelto** e **dello stato di salute** accertato mediante il *Questionario Sanitario*. Qualora l'*Assicurato* si trovi in stato di *Non autosufficienza*, cessa il diritto della *Compagnia* alla riscossione dei *Premi* annui futuri, fatto salvo quanto disposto al precedente art. 15.

Se nel corso del *Contratto* le *Basi tecniche* utilizzate per la determinazione del *Premio* dovessero evidenziare uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la *Compagnia* si riserva il diritto, in occasione di un anniversario della data

di effetto e comunque ad intervalli non inferiori a cinque anni, di aggiornare il *Premio* dovuto per gli anni successivi. Il *Premio* annuale così aggiornato viene comunicato al *Contraente* almeno 90 (novanta) giorni prima dell'anniversario considerato. In tal caso il *Contraente* potrà recedere dal *Contratto* entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del nuovo *Premio* annuale mediante invio di lettera raccomandata. In caso di decesso dell'*Assicurato*, l'*Assicurazione* cessa ed i *Premi* pagati alla data del decesso restano acquisiti dalla *Compagnia*.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 18. Accettazione della proposta e documento di polizza (la conclusione del contratto)

L'*Assicurazione* si conclude con la ricezione, da parte del *Contraente*, dell'accettazione della *Proposta di Assicurazione* da parte della *Compagnia*. La comunicazione dell'**accettazione avviene mediante invio al *Contraente* del *Documento di Polizza*, a seguito del buon fine del pagamento del primo *Premio*** da parte del *Contraente* medesimo. La proposta del *Contraente* rimane ferma per il tempo stabilito dall'Art. 1887 del Codice Civile e non pone a carico della *Compagnia* alcun obbligo, né di conclusione del *Contratto*, né di comunicazione del rifiuto della *Proposta di Assicurazione*. **La *Proposta di Assicurazione* si intende rifiutata decorsi 30 (trenta) giorni dalla sua ricezione in sede senza che il *Contraente* abbia ricevuto l'accettazione da parte della *Compagnia*.**

Art. 19. Effetto e decorrenza dell'assicurazione

Le coperture assicurative, nonché tutti gli obblighi e oneri che il *Contratto* pone a carico della *Compagnia*, hanno effetto dalle **ore 24 del giorno di decorrenza indicato dalla *Compagnia* nel *Documento di Polizza*, se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati**, altrimenti hanno effetto dalle **ore 24 del giorno del pagamento. Qualora il *Contraente* non paghi il *Premio* o le rate di *Premio* successive, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* alla riscossione dei *Premi* scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile. Il *Premio* è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

La garanzia decorre trascorsi i periodi di *Carenza*, come specificati all'art. 10.

Nel caso in cui il Contratto sia stato concluso a distanza, il Contraente può esercitare il diritto di recesso come indicato al successivo art. 21. Qualora il Contraente abbia richiesto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore contestualmente alla sottoscrizione che l'esecuzione del Contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, l'efficacia del Contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di conclusione del Contratto a condizione che, entro tale termine, la Compagnia avrà acquisito la disponibilità del Premio. In caso contrario, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data in cui tale condizione si realizzerà.

Art. 20. Durata dell'assicurazione

L'*Assicurazione* è stipulabile esclusivamente con **durata decennale** ed è **rinnovabile** - con obbligo di accettazione da parte della *Compagnia* - **per un periodo di pari durata e così successivamente**, alle condizioni originariamente pattuite, per tutta la vita dell'*Assicurato*.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 21. Diritto di recesso

Il Contraente può comunicare il recesso dal contratto, con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata.

Se il Contratto è concluso a distanza, in conformità a quanto previsto dall'Art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), il Contraente può recedere nel termine di 14 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità sopra previste. Qualora il *Contraente* abbia chiesto inoltre di dare avvio all'esecuzione del Contratto, Mediolanum Assicurazioni S.p.A. avrà diritto a trattenere il rateo di Premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Nel caso in cui il *Contraente* abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione del contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del Contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà il premio versato a fronte del recesso.

Il contratto non consente il recesso a seguito di Sinistro da parte della Compagnia, fatta eccezione per le ipotesi in cui il Contraente o l'Assicurato non abbiano dato comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio, intervenuto nei primi due anni dalla stipulazione dell'assicurazione.

La Compagnia, inoltre, esercita la facoltà di recedere dal contratto nel caso in cui il Contraente comunica di non avere più la residenza anagrafica in Italia. In tal caso la polizza rimane attiva fino alla successiva ricorrenza annuale, e la Compagnia ne dà apposita notizia al Contraente mediante lettera raccomandata quando è informata della variazione di residenza.

ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA

Art. 22. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione
Le eventuali modifiche del *Contratto* successive alla sua stipulazione devono essere **provate per iscritto**.

Art. 23. Oneri fiscali
Gli oneri fiscali sono a carico del *Contraente*.
Ai *Premi* relativi al presente *Contratto* è applicata l'imposta del:

- **2,5%** per l'Assicurazione per il rischio di **Non autosufficienza**;
- **10%** per il Servizio Assistenza;
- **21,25%** per il ***Servizio Assistenza***, in riferimento alla sola prestazione di **Adattamento Abitazione**.

Art. 24. Foro Competente
Per le controversie relative al presente *Contratto* la sede del ***Foro competente* è quella di residenza o** domicilio elettivo del *Contraente*.

Art. 25. Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il presente *Contratto* è **regolato** dalla Legge Italiana.

Art. 26. Assicurazione per conto altrui
Qualora il *Contraente* sia persona diversa dall'*Assicurato* e la presente *Assicurazione* sia stipulata per conto di quest'ultimo, **gli obblighi derivanti dal *Contratto* devono essere adempiuti dal *Contraente***, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, ai sensi dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 27. Altre assicurazioni
Il *Contraente* deve dichiarare nella *Proposta di Assicurazione* e/o **comunicare per iscritto alla *Compagnia* l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi e per le stesse persone**. In caso di *Sinistro*, il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 28. Home Insurance
La *Compagnia* ha reso disponibile un'apposita Area riservata all'interno del proprio sito internet, attraverso la quale il *Contraente* può accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali dei Contratti

sottoscritti nonché utilizzare le funzionalità dispositive (c.d. Servizio Home Insurance) tra cui, a titolo meramente esemplificativo, il pagamento del premio successivo al primo ovvero in caso di insoluto se attiva disposizione permanente di addebito – SDD e la denuncia del sinistro. In ogni caso il *Contraente* potrà utilizzare le funzionalità rese disponibili tempo per tempo della *Compagnia*.

Il servizio è gratuito e vi si accede mediante autenticazione con i codici di accesso rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta del *Contraente*. I codici di accesso garantiscono al *Contraente* un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo della predetta Area è disciplinato dalle Norme che regolano il servizio di Home Insurance, presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* rende disponibili le suddette funzionalità - in luogo del sito della *Compagnia* stessa - sul sito del Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., www.bmedonline.it, unicamente per i titolari del servizio di Banca Diretta con la medesima Banca e per le polizze distribuite dalla Banca stessa, utilizzando i codici forniti da quest'ultima.

Retro di copertina

Sede Legale: Palazzo Meucci
Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - t +39 02 9049.1
Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 – P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Mediolanum Vita S.p.A. - Società con unico Socio.
mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it
www.mediolanumassicurazioni.it
Edizione 20/06/2025

È un prodotto di

mediolanum ASSICURAZIONI