

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. – 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 numero 02430620159 – P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. numero 9002 del 7/8/1974 (G.U. numero 219 del 22/08/74) ed è iscritta al numero 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione – Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al numero 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

Spettabile
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Palazzo Meucci – Via Ennio Doris
20079 Basiglio – Milano 3 (MI)

ID Raccomandazione Personalizzata _____

C.I. _____

Mediolanum Protezione Autonomia

Modulo di proposta di assicurazione per rischio di non autosufficienza Numero _____

CODICE PROD. LTC2

Data di ultimo aggiornamento 25/07/2025

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ Codice Agenzia _____

Agevolazioni

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

Contraente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Già Cliente Sì No Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

Indirizzo di contratto

Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata presso il mio domicilio (se comunicato), ovvero, in mancanza, presso la mia residenza anagrafica già censita e nota

Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo solo se diverso dal mio domicilio o dalla mia residenza anagrafica:

Presso _____

Indirizzo – via/piazza _____ Numero civico _____

Cap _____ Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

fac-simile

Frazionamento del premio

Annuale

Semestrale

Riservato ai soli correntisti di Banca Mediolanum:

mensile

mensile con pagamento delle prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto*

* Solo per la prima annualità. Dal secondo anno solo frazionamento mensile.

Firma Contraente (solo per pagamento prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto) _____

Sostituzione polizza

Sostituisce polizza numero	Ramo	Agenzia	Scade il	Sostituisce polizza numero	Ramo	Agenzia	Scade il

Durata della Polizza

10 anni senza tacito rinnovo

Effetto dell'Assicurazione

Nei termini previsti dall'articolo 19 delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti.

Assicurando

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Già Cliente Sì No Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia _____ Nazione _____

Garanzie sottoscrivibili dall'Assicurando

(Limite d'età per la sottoscrizione: minimo 20 – massimo 70)

NON AUTOSUFFICIENZA (comprensiva del Servizio ASSISTENZA)	Massimale mensile assicurato Minimo 1.000,00 € – Massimo 5.000,00 € € _____	Premio lordo € _____
OPZIONE "ANNULLA FRANCHIGIA" (se selezionata, garantisce il pagamento, in unica soluzione, di un'indennità anche per il periodo di franchigia assoluta pari a 3 mensilità della formula scelta)	Massimale assicurato € _____	Premio lordo € _____
OPZIONE "NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE" (se selezionata, garantisce il pagamento di un'indennità fissa, al verificarsi dell'impossibilità di effettuare 2 delle 4 attività ordinarie della vita quotidiana, indicate nell'articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione)	Massimale assicurato 10.000,00 €	Premio lordo € _____

Riepilogo Premio Lordo

TOTALE PREMIO ANNUO LORDO	SCONTO ¹	TOTALE PREMIO ANNUO LORDO SCONTATO	PREMIO ALLA FIRMA	PREMI SUCCESSIVI
€ _____ *	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

Composizione dei premi: i premi esposti sono comprensivi dell'imposta in vigore al momento della sottoscrizione della presente proposta come segue: Malattia – aliquota d'imposta 2,5%; Assistenza – aliquota d'imposta 10% e Perdite Pecuniarie – aliquota d'imposta 21,25%.

* Di cui € _____, quale maggiorazione per rischi sanitari o derivanti da determinati stili di vita (ad esempio alcool o fumo). Il premio potrebbe variare anche a seguito della successiva valutazione individuale effettuata dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta (articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione).

¹ Lo sconto è applicato nel caso in cui la presente proposta venga sottoscritta da dipendenti o collaboratori continuativi della Compagnia; 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 Gruppo Mediolanum. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.

N.B. In caso di sostituzione di polizza l'importo del premio alla firma (che è in parte costituito da quello riveniente dalla precedente polizza) potrebbe variare in funzione del tempo necessario all'attivazione della nuova polizza rispetto alla chiusura della precedente oggetto di sostituzione. La Compagnia si riserva inoltre di applicare sconti sul premio sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale. In entrambe le ipotesi, l'importo dovuto sarà comunicato al Contraente.

Avvertenze:

- Prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, allegato alla presente Proposta, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Modalità di Pagamento Premio

La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti al Consulente Finanziario

Premio Iniziale:

Bonifico bancario da Banca Mediolanum

Io Contraente, in quanto intestatario o cointestatario del suddetto conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo a richiedere il trasferimento a favore di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dell'importo pari al premio lordo alla firma sopra indicato.

IBAN _____

Conto corrente in apertura proposta numero _____

Assegno "non trasferibile" all'ordine di Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Importo (€)	Tipo ^(*)	Banca emittente/trassata	Filiale/sede/agenzia	Numero
	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			

(*) B = bancario; C = circolare – Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

Premi successivi (si ricorda che nel caso di scelta di FRAZIONAMENTO MENSILE la Banca d'appoggio deve essere obbligatoriamente Banca Mediolanum S.p.A.)

Disposizione Permanente di addebito (SDD) (per il pagamento dei premi successivi al 1° versamento)

Il debitore autorizza Banca Mediolanum S.p.A. ad addebitare sul conto corrente identificato dall'IBAN sotto riportato nella data di scadenza indicata dall'Azienda Creditrice, tutti gli addebiti diretti (a mezzo Sepa Direct Debit – SDD) inviati dalla stessa Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate di tale Azienda di seguito riportate (o aggiornate ad iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano sul conto corrente da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito e senza la necessità per Banca Mediolanum S.p.A. di inviare la relativa contabile di addebito. Il debitore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto entro il giorno della data di scadenza indicata dall'Azienda Creditrice e di chiedere il rimborso di un addebito diretto autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito, secondo gli accordi ed alle condizioni previsti nel contratto del conto corrente sotto indicato (di seguito "Contratto di conto corrente") che regolano il rapporto con la Banca del debitore. Il debitore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità e senza spese, dal presente accordo, mediante revoca dell'autorizzazione. Per quanto non espressamente previsto sono applicabili le norme e le condizioni indicate nel contratto di conto corrente sottoscritto tra il debitore e la sua Banca di cui il presente accordo forma parte integrante ovvero le condizioni comunque rese pubbliche dalla Banca stessa e tempo per tempo vigenti.

Creditor ID IT28001000002430620159

Codice assegnato dall'azienda creditrice al debitore; corrispondente al numero di Proposta del presente contratto; tale codice potrebbe essere modificato dall'Azienda Creditrice al primo addebito.

Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare

(se non compilato si considera valido il medesimo conto corrente di Banca Mediolanum indicato per il pagamento del Premio iniziale)

Conto Corrente a me intestato

IBAN _____

Conto corrente in apertura proposta numero _____

Conto corrente intestato a (nel caso in cui il Contraente non sia intestatario, cointestatario del conto corrente di addebito):

Codice Cliente _____

Cognome e Nome _____

IBAN _____

I dati personali raccolti tramite il modulo sono trattati da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. nella sua qualità di Titolare del trattamento, ai sensi della vigente normativa (Regolamento UE 2016/679) e secondo quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali precedentemente fornita.

Firma Sottoscrittore SDD _____

Disposizione Permanente di addebito (SDD) su altra Banca: si allega modulo della disposizione permanente di addebito.

Spazio riservato a Mediolanum Assicurazioni S.p.A.: Numero Polizza _____ Numero SDD _____

Il sottoscritto Contraente:

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 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 (file PDF), archiviati su supporto durevole. È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.

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

- **Il Contraente 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.**
- **Il Contraente dichiara di aver ricevuto il documento contenente le "Informazioni sui requisiti di accessibilità", pubblicato nella versione tempo per tempo aggiornata sul sito www.mediolanumassicurazioni.it, e di essere consapevole che qualora la documentazione informativa precontrattuale o contrattuale di interesse che compone il Set Informativo presente sui canali digitali del Soggetto Distributore e della Compagnia (es. sito internet o app mobile) non fosse accessibile (e cioè utilizzabile anche da persone che hanno limitazioni fisiche, psichiche o sensoriali, anche temporanee) o fosse accessibile solo in parte (rispetto a quanto stabilito dalla normativa applicabile) per conoscerne il contenuto sarà possibile rivolgersi al Family Banker o al Customer Banking Center di Banca Mediolanum quali canali alternativi.**
- **Il Contraente in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi; dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi; tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'area riservata del sito di Banca Mediolanum.**
- **Il Contraente 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. servizio di Home Insurance. È altresì consapevole che nell'ambito del predetto servizio, la Compagnia rende disponibili le comunicazioni in corso di contratto in modalità telematica, anche in assenza di specifica richiesta di dematerializzazione, per pronta consultazione e archiviazione delle stesse.**
- **Il Contraente dichiara di essere consapevole che il presente contratto s'intende concluso con l'accettazione da parte della Compagnia della Proposta di Assicurazione mediante invio al Contraente del Documento di Polizza nel quale verranno riepilogate le garanzie operanti.**
- **Il Contraente dichiara di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679).**
- **Il Contraente prende atto che alla sottoscrizione del contratto si applica l'articolo 67-duodecies, comma 1, del Decreto Legislativo 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali, entro quattordici giorni, decorrenti dalla data di conclusione del contratto. Entro detto termine, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Palazzo Meucci – Via Ennio Doris, 20079 Basiglio – Milano 3 (MI). Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'articolo 67-duodecies, comma 1, del Codice del Consumo, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto. Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere, nel momento in cui sottoscrive il Contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio decorso il periodo di quattordici giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso.**
- **Il Contraente dichiara di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato Italiano; si impegna pertanto a comunicare il prima possibile alla Compagnia l'eventuale variazione di residenza. In tal caso, la Compagnia recede dal Contratto e comunica al Contraente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.**

Firma Contraente _____

Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet

Con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa in corso di contratto, prevista dalla normativa vigente, venga effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, purché abbia comunicato alla Compagnia un indirizzo e-mail, anche mediante invio dell'apposita Scheda Anagrafica al Distributore.

Queste saranno rese disponibili dalla Compagnia attraverso il servizio Home Insurance nell'area riservata del sito internet www.bmedonline.it – per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. – o dei siti www.mediolanumassicurazioni.it e www.gruppoassicurativomediolanum.it in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.

All'indirizzo e-mail riceverò un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell'area riservata. Mi impegno a comunicare il prima possibile ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato, in mancanza del quale, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me indicato.

A tal fine:

- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che nè la Società nè la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonchè per ragioni cautelari;
- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea.

(in assenza di esplicita richiesta l'informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF es. "pen-drive", laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all'indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato).

Resta salvo il mio diritto di modificare la scelta operata in corso di Contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo.

Firma Contraente _____

Il Contraente dichiara:

Agli effetti della copertura assicurativa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile), relativamente alle prestazioni sottoscritte con la presente proposta, che:

- negli ultimi due anni non si sono verificati sinistri relativamente alla/e garanzia/e sottoscritta/e,
in caso contrario precisare _____;
- negli ultimi due anni non ha avuto polizze annullate per sinistro da altre società,
in caso contrario precisare _____;
- non ha in corso altre polizze per le prestazioni assicurative sottoscritte con la presente,
in caso contrario precisare _____;

Firma Contraente _____

Il Contraente dichiara, ai sensi per gli effetti di cui agli articoli 1341-1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: Articolo 1 – Persone assicurabili; Articolo 4 – Questionario sanitario e valutazione dello stato di salute; Articolo 5 – Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali; Articolo 5.1 – Modalità di erogazione delle prestazioni e limiti; Articolo 6 – Massimale assicurato; Articolo 7 – Servizio di assistenza; Articolo 7.1 – Programma di assistenza e riabilitazione; Articolo 7.2 – Adattamento abitazione; Articolo 8 – Persone e patologie non assicurabili; Articolo 10 – Periodi di carenza delle coperture e franchigia assoluta; Articolo 11 – Esclusioni dall'assicurazione; Articolo 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Articolo 13 – Aggravamento e diminuzione del rischio; Articolo 14 – Denuncia del sinistro – Riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Compagnia; Articolo 15 – Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza; Articolo 16 – Collegio arbitrale; Articolo 17 – Premio; Articolo 18 – Conclusione dell'assicurazione; Articolo 19 – Effetto e decorrenza dell'assicurazione; Articolo 20 – Durata dell'assicurazione; Articolo 21 – Diritto di recesso; Articolo 27 – Altre assicurazioni.

Firma Contraente _____

Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto ai sensi dell'articolo 56 del Regolamento IVASS 40/2018 il Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi, che contiene, tra le altre, informazioni sul distributore, sul modello e sulle attività di distribuzione del prodotto assicurativo.

Firma Contraente _____

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di Proposta (che dovrà essere effettuata alternativamente dal Consulente Finanziario o dal Family Protection Specialist, con relativa firma)

Cognome e Nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede _____

Codice _____ Codice Area _____ Firma _____

Cognome e Nome del Family Protection Specialist _____

Codice _____ Firma _____

Il Family Protection Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI NO

Cognome e Nome _____ Codice _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO