

Mediolanum Polizza Protezione Prestito

Convenzione n° 984-52-4304228

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA IN CASO DI:

- DECESSO DA INFORTUNIO
- INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO
- INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
- MALATTIA GRAVE
- PERDITA DI LAVORO
(PER IL LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO)
- GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
(PER IL NON LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO)

abbinabile ad un prestito di Banca Mediolanum.

Edizione 06/02/2026

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Chiari e Comprensibili Ed. 2024" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA.

È un prodotto di



Gentile Cliente,

desideriamo presentare in breve la nostra proposta di assicurazione, per proteggere la capacità di restituire un prestito nel caso di particolari eventi imprevisti. Stiamo parlando di **Mediolanum Polizza Protezione Prestito**.

A COSA SERVE

È la nostra polizza, a adesione facoltativa, per proteggere i titolari di un prestito concesso da Banca Mediolanum.

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone fisiche che hanno tra 18 e 74 anni compiuti al momento della firma del modulo di adesione purché, alla scadenza della polizza, non hanno più di 75 anni.

COSA OFFRE

In caso di "Decesso da Infortunio" oppure in caso di "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia" almeno del 70%, viene pagato un indennizzo pari al debito residuo del prestito.

In caso di "Malattia Grave" e "Grande Intervento Chirurgico" viene pagato un indennizzo pari a 12 rate mensili del prestito (comprenditive degli interessi e capitale).

In caso di "Perdita di Lavoro" viene pagato un rimborso giornaliero pari a 1/30° della rata mensile del prestito per il periodo di disoccupazione accertato.

Infine, con la garanzia "Premio Futuro" è riconosciuta una somma pari a 3 rate mensili del prestito comprenditive degli interessi e del capitale, in caso di nascita o adozione di un figlio.

ESCLUSIONI, LIMITI E FRANCHIGIE

Prevede esclusioni, limitazioni e franchigie che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento degli indennizzi. Inoltre, sono presenti periodi di carenza, che decorrono da quando sono attive le coperture, durante i quali la persona assicurata non è coperta.

Per facilitare la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo scelto di usare un linguaggio più semplice e immediato, inserendo anche dei box di consultazione che vogliono solo essere un aiuto per rispondere a dubbi o domande e sono identificati da queste scritte:



Rispondiamo a un dubbio



Facciamo un esempio

È importante prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante, a quelli in *Corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario, ai riquadri **arancioni** per le coperture escluse (le esclusioni), **fucsia** per i periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'indennizzo (i periodi di carenza) e **blu** per le somme massime che possono essere pagate (i massimali). Se si sta leggendo il documento in formato elettronico PDF, i termini in Corsivo sono dei link che rimandano sia alle definizioni nel glossario sia agli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Alcune garanzie richiedono necessariamente l'utilizzo dei termini usati in medicina, per la cui comprensione può essere utile l'aiuto di un medico.

Inoltre, in fondo alle Condizioni trova un riepilogo delle coperture assicurative offerte dalla polizza, con relativi massimali, limitazioni, scoperti e franchigie:  **LA POLIZZA IN SINTESI**.

Le ricordiamo che accedendo all'area riservata del sito internet www.mediolanumassicurazioni.it può consultare e gestire telematicamente la sua posizione assicurativa (c.d. Home Insurance), oppure può sempre contattare il suo Family Banker di Banca Mediolanum.

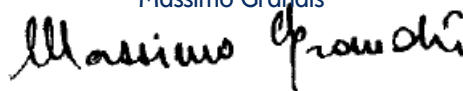
Buona lettura!

Con i miei migliori saluti,

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Amministratore Delegato e Rappresentante Legale

Massimo Grandis



LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO

GARANZIE
DECESSO DA INFORTUNIO
e
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE
DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

✓ Paghiamo un indennizzo pari al debito residuo del prestito.

GARANZIA
MALATTIA GRAVE

✓ Paghiamo un indennizzo pari a 12 rate mensili del Prestito (comprensive degli interessi e capitale).

GARANZIA
PERDITA DI LAVORO

✓ Paghiamo un rimborso giornaliero pari a 1/30° della rata mensile del prestito per il periodo di disoccupazione comprovata.

GARANZIA
PREMIO FUTURO

✓ Paghiamo in un'unica soluzione un indennizzo corrispondente a 3 rate mensili del prestito (comprensive di interessi e capitale) in caso di parto o adozione di un figlio.

NON LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO

GARANZIE
DECESSO DA INFORTUNIO
e
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE
DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

✓ Paghiamo un indennizzo pari al debito residuo del prestito.

GARANZIE
MALATTIA GRAVE
e
GRANDE INTERVENTO
CHIRURGICO

✓ Paghiamo un indennizzo pari a 12 rate mensili del prestito (comprensive degli interessi e capitale).

GARANZIA
PREMIO FUTURO

✓ Paghiamo in un'unica soluzione un indennizzo corrispondente a 3 rate mensili del prestito (comprensive di interessi e capitale) in caso di parto o adozione di un figlio.

INDICE

GLOSSARIO.....	5 di 34
----------------	---------

 CHE COSA/CHI È ASSICURATO?.....	9 di 34
--	---------

Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Polizza Protezione Prestito	9 di 34
Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Polizza Protezione Prestito	9 di 34
Art. 3. Domande per valutare lo stato di salute della Persona assicurata (il Questionario Sanitario)	9 di 34
Art. 4. Garanzie previste e somme massime pagabili (i massimali)	9 di 34
Art. 4.1. Garanzia Decesso da Infortunio	10 di 34
Art. 4.1.1. Decesso presunto	10 di 34
Art. 4.2. Garanzia Invalidità Permanente Totale	10 di 34
Art. 4.2.1. Invalidità Permanente Totale da Infortunio	12 di 34
Art. 4.2.2. Invalidità Permanente Totale da Malattia	12 di 34
Art. 4.3. Garanzia Malattia Grave	13 di 34
Art. 4.4. Garanzia Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)	14 di 34
Art. 4.5. Garanzia Grande Intervento Chirurgico (per un Non Lavoratore Dipendente Privato)	15 di 34
Art. 4.6. Garanzia Premio Futuro	16 di 34

 CHE COSA NON È ASSICURATO?	17 di 34
---	----------

Art. 5. Chi non può essere assicurato	17 di 34
---	----------

 CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	17 di 34
---	----------

Art. 6. Casi in cui si riduce l'Indennizzo (limiti e franchigie)	17 di 34
Art. 6.1. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Decesso da Infortunio	17 di 34
Art. 6.2. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale	18 di 34
Art. 6.2.1. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio	18 di 34
Art. 6.2.2. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Malattia	18 di 34
Art. 6.3. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Malattia Grave	18 di 34
Art. 6.4. Casi in cui si riduce l'indennizzo per Perdita di lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)	19 di 34
Art. 6.5. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Grande Intervento Chirurgico (per un Non Lavoratore Dipendente Privato)	19 di 34
Art. 7. Dove sono valide le garanzie	19 di 34
Art. 8. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'Indennizzo (periodi di Carenza)	19 di 34
Art. 9. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo (le esclusioni)	20 di 34
Art. 9.1. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Malattia Grave	21 di 34
Art. 9.2. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)	22 di 34

 CHE OBBLIGHI HO?	22 di 34
---	----------

Art. 10. Dichiarazioni della Persona assicurata	22 di 34
Art. 10.1. Modifica dello status lavorativo (per le Garanzie Perdita di Lavoro e Grande	

Intervento Chirurgico)	23 di 34
GESTIONE DEI SINISTRI	23 di 34
Art. II. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)	23 di 34
Art. II.1. Denunce per Perdita di Lavoro successive alla prima (per un Lavoratore Dipendente Privato)	24 di 34
Art. 12. Come la Compagnia valuta, quantifica e liquida il Sinistro	24 di 34
 QUANDO E COME DEVO PAGARE?	25 di 34
Art. 13. Il Premio di polizza	25 di 34
 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	25 di 34
Art. 14. Da quando è valida la Polizza (conclusione del contratto di assicurazione)	25 di 34
Art. 15. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)	25 di 34
Art. 16. Da quando non si è più assicurati	26 di 34
Art. 17. Rimborso anticipato o trasferimento del Prestito	27 di 34
Art. 17.1. Rimborso anticipato di una parte del Prestito (estinzione anticipata parziale)	27 di 34
Art. 17.2. Rimborso anticipato dell'intero Prestito (estinzione anticipata totale)	28 di 34
 COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?	29 di 34
Art. 18. Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)	29 di 34
 ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA	30 di 34
Art. 19. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione	30 di 34
Art. 20. Beneficiari degli indennizzi	30 di 34
Art. 21. Rinuncia della Compagnia a sostituirsi alla Persona assicurata (il Diritto di surrogazione)	30 di 34
Art. 22. Chi può far valere i diritti che derivano dalla polizza	30 di 34
Art. 23. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)	31 di 34
Art. 24. Il Regime fiscale della polizza	31 di 34
Art. 25. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)	31 di 34
Art. 25.1. L'Arbitrato	31 di 34
Art. 26. Legge applicabile alla polizza	32 di 34
Art. 27. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)	32 di 34
Art. 28. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)	32 di 34
 LA POLIZZA IN SINTESI	33 di 34

ALLEGATI ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Allegato 1: Tabella INAIL
- Allegato 2: Elenco grandi interventi chirurgici

GLOSSARIO

Riportiamo le definizioni dei termini utilizzati e che ritrova scritti in *Corsivo* in queste Condizioni di Assicurazione. Tutte s'intendono sia al singolare sia al plurale.

Aderente (o Persona assicurata)

Persona fisica, con residenza anagrafica in Italia, che firma il modulo di adesione e quindi aderisce alla polizza; coincide con la persona assicurata e deve essere uno dei titolari del prestito.

Gestisce il contratto in relazione al quale ha obblighi e diritti.

Adozione

Istituto giuridico tipico del diritto di famiglia, che fa assumere al minore adottato lo stato di figlio nato dagli adottanti, dei quali porta anche il cognome.

Ammortamento (piano di)

Modalità di restituzione graduale di un prestito.

Attività lavorativa

Qualsiasi lavoro retribuito, o comunque redditizio, svolto dalla persona assicurata, risultante immediatamente prima di un evento dannoso, cioè di un sinistro.

Beneficiario

Persona fisica a favore della quale viene pagato l'indennizzo per un sinistro.

Carenza

Periodo di tempo, successivo all'attivazione della polizza, durante il quale è previsto che non debba essere pagata alcuna somma da parte della Compagnia, anche se si verifica un sinistro.

Centro per l'impiego

L'Ufficio Pubblico competente all'attribuzione dello "Stato di Disoccupazione" ai sensi del Decreto Legislativo del 19.12.2002 n. 297 e successive modifiche.

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Contraente (o Intermediario)

Banca Mediolanum S.p.A., che ha concluso l'accordo, cioè questa polizza-convenzione, con la Compagnia.

Copertura Assicurativa

Rappresenta le garanzie, descritte in queste condizioni di assicurazione, offerte dalla Compagnia per proteggere la persona assicurata e che la obbligano al pagamento di somme di denaro in caso di sinistri indennizzabili.

Datore di lavoro

L'azienda privata presso cui, al momento del sinistro, la persona assicurata lavora per almeno 16 ore settimanali con contratto di lavoro dipendente secondo la seconda la Legge che disciplina i rapporti di lavoro.

Decorrenza (della Copertura Assicurativa)

È la data da cui sono attive le garanzie assicurative e coincide con le ore 24 del giorno in cui viene erogato il prestito, tenendo in considerazione le carenze, il periodo di osservazione e le franchigie previste per le singole garanzie.

Diritto di surrogazione

Diritto della Compagnia, che ha pagato l'indennizzo, di sostituirsi alla persona assicurata nei diritti verso il terzo responsabile del sinistro, nel caso in cui il danno derivi direttamente da un illecito compiuto dal terzo stesso.

Disoccupazione

Stato in base al quale la persona assicurata (lavoratore con contratto di lavoro dipendente secondo la Legge che disciplina i rapporti di lavoro, con un orario settimanale di almeno 16 ore), una volta terminata la sua attività lavorativa:

- risulta non impegnato in qualunque occupazione (di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali) che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto presso il centro per l'impiego (o nelle liste di collocamento o equivalente).

Durata della polizza

Periodo durante il quale la persona assicurata è protetta.

Franchigia assoluta

Parte di danno che rimane a carico della persona assicurata. Nella garanzia "Perdita di Lavoro" corrisponde al periodo di tempo durante il quale, anche in presenza di un sinistro indennizzabile, la persona assicurata non ha diritto ad alcuna somma.

Franchigia relativa

Parte di danno che rimane a carico della persona assicurata. Nella garanzia "Invalidità Permanente Totale" non si ha diritto all'indennizzo se il danno è inferiore alla percentuale di Invalidità Permanente Totale del 70%. In caso di danno pari o superiore al 70% l'indennizzo viene pagato totalmente.

Indennizzo (Prestazione)

La somma assicurata scelta dall'aderente sul modulo di adesione, dovuta dalla Compagnia alla persona assicurata in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle singole garanzie.

Infortunio

È l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa alla persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili (ad es. una caduta dalle scale).

Invalidità Permanente Totale

È la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile, per Infortunio o Malattia, della capacità di svolgere anche in parte un'attività lavorativa remunerata, indipendentemente dalla professione svolta. Non è quindi prevista la c.d. supervalutazione delle percentuali di Invalidità Permanente Totale, cioè un Indennizzo collegato alla specifica attività lavorativa svolta dalla persona assicurata (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.).

L'Invalidità Permanente Totale è riconosciuta se è di grado pari o superiore al 70%, in base alle percentuali della tabella INAIL (Allegato I a queste condizioni di assicurazione).

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 che disciplina i rapporti di lavoro,) o che comunque non sia regolato dal diritto italiano.

Liquidazione

Pagamento di una somma di denaro da parte della Compagnia alla persona assicurata quando si verifica il sinistro.

Malattia

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (ad esempio diabete). Non 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.

Massimale

Somma massima dovuta dalla Compagnia alla persona assicurata in caso di sinistro.

Modulo di Adesione

Modulo predisposto dalla Compagnia per l'adesione alla polizza-convenzione "Mediolanum Polizza Protezione Prestito", che deve essere firmato dall'aderente per avere le coperture previste e contiene dichiarazioni rilevanti per la validità della polizza stessa.

Non Lavoratore Dipendente Privato

Persona fisica che non rientra nella definizione di lavoratore dipendente privato. Per questa polizza è considerato tale la persona assicurata:

- **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-convenzione, 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 dal Codice Civile.

- 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.

Perdita di lavoro

È la risoluzione definitiva del contratto di lavoro in corso tra la persona assicurata, lavoratore dipendente privato, ed il suo datore di lavoro, che deriva da recesso unilaterale di quest'ultimo (licenziamento).

Periodo di osservazione

Periodo di tempo, successivo al pagamento totale dell'indennizzo per Perdita di lavoro, durante il quale la persona assicurata deve essere nuovamente assunta come lavoratore dipendente privato e superare il periodo di prova previsto dal nuovo contratto prima di poter denunciare un nuovo sinistro per la stessa garanzia.

Persona assicurata (o aderente)

Persona fisica che coincide con l'aderente. È protetta con le coperture assicurative offerte dalla polizza fino a quando la Compagnia non comunica l'attivazione della polizza lo definiamo assicurando.

Polizza – Convenzione (o Polizza)

È un accordo, cioè una convenzione, tra Banca Mediolanum S.p.A. (la Banca o Contraente) e Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (cioè noi o la Compagnia), a cui è possibile aderire diventando assicurato di polizza. È riservato ai clienti che abbiano chiesto un prestito con Banca Mediolanum.

Premio

Somma di denaro che è necessario pagare alla Compagnia per avere le coperture assicurative previste dalla polizza. Viene pagato dalla persona assicurata alla Compagnia, per il tramite della Banca.

Prestito

È un contratto di finanziamento con cui la Banca presta del denaro alla persona assicurata che lo deve restituire secondo il piano di ammortamento.

Questionario Sanitario

Documento che ogni persona assicurata deve compilare prima dell'adesione alla polizza per fornire alla Compagnia informazioni sul proprio stato di salute. Tali informazioni sono utili e necessarie a stabilire se la persona assicurata può essere protetta.

Sinistro

Evento dannoso al verificarsi del quale è prestata la copertura assicurativa, se ne ricorrono le condizioni previste dalla polizza.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Polizza Protezione Prestito

Mediolanum Polizza Protezione Prestito è una *Polizza-Convenzione* pensata per proteggere, e quindi assicurare, chi ha richiesto un *Prestito* alla Banca, fino a un massimo di due persone. È facoltativa e non indispensabile per ottenere il *Prestito*.

Aderendo a questa *Polizza-Convenzione*, l'*Aderente* firma un contratto con Mediolanum Assicurazioni diventando *Persona assicurata* di *Polizza* a fronte del pagamento del *Premio*.

Approfondiamo cosa significa che questa è una Polizza-Convenzione.

Vuol dire che è un accordo, cioè una Convenzione, tra Banca Mediolanum S.p.A. (la Banca o Contraente) e Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (cioè noi o la Compagnia).

Quando il *Modulo di Adesione* viene firmato, la *Persona assicurata* deve avere un'età tra 18 e 74 anni compiuti purché nel giorno di scadenza della *Polizza*, cioè nel giorno di scadenza dell'ultima rata del *Prestito*, non ha più di 75 anni. Non è più assicurato, quindi, dal giorno del 75° compleanno anche se deve ancora finire di pagare il *Prestito*, o al massimo per altri 3 mesi se ne ha allungato la durata nel caso previsto all'art. 16 (opzione "Salta la rata").

Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Polizza Protezione Prestito

È assicurata la capacità di restituire il *Prestito* grazie ad una somma di denaro (cioè l'*Indennizzo*) che la *Compagnia* riconosce se si verifica uno di questi eventi dannosi (cioè il *Sinistro*):

- Decesso da Infortunio
- Invalidità Permanente Totale da Infortunio e da Malattia;
- Malattia Grave;
- Perdita di Lavoro (se "Lavoratore Dipendente Privato");
- Grande Intervento Chirurgico (se "Non Lavoratore Dipendente Privato").

In base al tipo di *Sinistro*, l'*Indennizzo* può essere un rimborso giornaliero o pagato in una sola volta e viene riconosciuto anche se la *Persona assicurata* si è comportata con grave imprudenza, negligenza e imperizia (in termini giuridici si dice che ha agito con "colpa grave") oppure è coinvolto in tumulti popolari (es. guerriglia urbana, manifestazioni violente), a cui però non ha partecipato attivamente.

Inoltre, con la garanzia gratuita Premio Futuro viene riconosciuto un importo per la nascita o l'*Adozione* di un figlio nel corso del *Prestito*.

Art. 3. Domande per valutare lo stato di salute della Persona assicurata (il Questionario Sanitario)

Per l'attivazione della *Polizza*, la *Compagnia* ha bisogno di fare alcune domande alla *Persona assicurata* per valutarne lo stato di salute e, per questo motivo, è necessario compilare un apposito documento (il *Questionario Sanitario*). In base alle risposte fornite, possiamo chiedere di inviarci ulteriore documentazione medica per una corretta e completa valutazione del rischio.

Art. 4. Garanzie previste e somme massime pagabili (i massimali)

Di seguito spieghiamo cosa prevedono le singole garanzie e le relative somme massime che paghiamo alla *Persona assicurata* in caso di *Sinistro*.

Art. 4.1. Garanzia Decesso da Infortunio

La garanzia opera se un *Infortunio* causa il decesso della *Persona assicurata*.

In tale caso la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... al *Beneficiario* o ai beneficiari una somma di denaro pari a quella che deve essere restituita alla *Banca* alla data in cui è informata del *Sinistro*; quindi, si riduce nel tempo con l'avvicinarsi della scadenza del *Prestito*.

Questa somma è calcolata in base al piano originario di rimborso (cioè il piano di *Ammortamento* originario) del *Prestito* senza considerare gli interessi ma solo l'importo prestato dalla Banca (cioè viene restituito il debito residuo in linea capitale).

Se ci sono due persone assicurate, la somma deve essere suddivisa in base alla percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione* e in ogni caso non può mai superare complessivamente i 500.000 euro.

! È IMPORTANTE SAPERE

- se la *Persona assicurata* restituisce anticipatamente alla Banca l'intero *Prestito* (estinzione anticipata totale), ma decide di mantenere attiva la *Polizza*, la *Compagnia* paga un *Indennizzo* (tenendo conto del piano di *Ammortamento* originario) pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui è informata del *Sinistro*, senza considerare gli interessi, e sempre nel limite di 500.000 euro;
- se la *Persona assicurata* restituisce in anticipo alla Banca solo una parte del *Prestito* (estinzione anticipata parziale), è comunque protetto fino a quella che era la data di scadenza originaria del *Prestito* stesso. L'*Indennizzo* che la *Compagnia* paga è pari alla somma che deve essere ancora restituita alla Banca, alla data in cui è informata del *Sinistro*, senza gli interessi e sempre nel limite di 500.000 euro.

➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.I e 9) e i casi in cui termina la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.1.1. Decesso presunto

Se a seguito di annegamento oppure incidente (con veicoli stradali, aerei o acquatici) il corpo della *Persona assicurata* non viene più ritrovato, la *Compagnia* paga la somma dovuta dopo che sono trascorsi almeno due anni da quando si verifica il *Sinistro*. Se la *Persona assicurata* ricompare oppure si hanno notizie certe del fatto che sia ancora vivo dopo che la somma è stata pagata, allora la *Compagnia* ne può chiedere la restituzione. In questo ultimo caso, la *Persona assicurata* ha eventualmente diritto ad altri indennizzi previsti dalla *Polizza* (ad esempio per Invalidità Permanente Totale o Grande Intervento Chirurgico).

Art. 4.2. Garanzia Invalidità Permanente Totale

La garanzia opera se un *Infortunio* o una *Malattia* causano alla *Persona assicurata* una *Invalidità Permanente Totale* di grado pari o superiore al 70%.

Approfondiamo cos'è l'*Invalidità Permanente Totale*.

È la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile, per *Infortunio* o *Malattia*, della capacità di svolgere in tutto o in parte un'attività lavorativa remunerata, indipendentemente dalla professione svolta.

Per la definizione completa si rimanda al Glossario.

In questi casi la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... una somma di denaro pari a quella che deve essere restituita alla Banca alla data in cui è informata del *Sinistro*; quindi, tale importo si riduce nel tempo con l'avvicinarsi della scadenza del *Prestito*.

Questa somma è calcolata in base al piano originario di rimborso (cioè il piano di *Ammortamento* originario) del *Prestito* senza considerare gli interessi ma solo l'importo prestato dalla Banca (cioè viene restituito il debito residuo in linea capitale).

Se ci sono due persone assicurate, deve essere suddivisa in base alla percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione* e in ogni caso non può mai superare complessivamente i 500.000 euro.

! È IMPORTANTE SAPERE

- se la *Persona assicurata* restituisce anticipatamente alla Banca l'intero *Prestito* (estinzione anticipata totale), ma decide di mantenere attiva la Polizza, la *Compagnia* paga un *Indennizzo* (tenendo conto del piano di *Ammortamento* originario) pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui è informata del *Sinistro*, senza considerare gli interessi, e sempre nel limite di 500.000 euro;
- se la *Persona assicurata* restituisce in anticipo alla Banca solo una parte del *Prestito* (estinzione anticipata parziale), è comunque protetto fino alla data di scadenza originaria del *Prestito* stesso. L'*Indennizzo* che la *Compagnia* paga è pari alla somma che deve essere ancora restituita alla Banca, alla data in cui è informata del *Sinistro*, senza gli interessi e sempre nel limite di 500.000 euro;
- se la *Compagnia* sta accertando, nei tempi comunicati, che l'invalidità della *Persona assicurata* sia pari o superiore al 70% e nel frattempo la *Persona assicurata* muore, per una malattia diversa da quella che ne ha causato l'invalidità, l'eventuale somma di denaro per l'invalidità viene pagata ai suoi eredi, dopo che la *Compagnia* ha ricevuto tutti i documenti richiesti per la valutazione del *Sinistro*;
- prima di pagare l'*Indennizzo*, la *Compagnia* può chiedere alla *Persona assicurata* di sottoporsi in Italia agli accertamenti e ai controlli medici che ritiene opportuni, anche presso medici di propria fiducia. Inoltre, alla *Persona assicurata* può essere chiesto di fornire ogni informazione utile, anche attraverso la consegna di copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, liberando il medico dal segreto professionale.

➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.2 e 9) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Come valuta la Compagnia l'Invalidità Permanente Totale?

- viene valutata sulla base della documentazione che la *Persona assicurata* invia per avisare del *Sinistro*, con la quale stabiliamo se l'*Invalidità Permanente Totale* è di grado pari o superiore al 70%. La valutazione viene effettuata dopo che le conseguenze dell'*Infortunio* o della *Malattia* (i postumi) si sono stabilizzate secondo le consolidate indicazioni della scienza medica, cioè non variano più e sono quindi definitivamente quantificabili. Possiamo chiedere eventualmente alla *Persona assicurata* di sottoporsi ad ulteriori accertamenti - dopo 60 giorni in caso di *Malattia* - anche tramite medici di nostra fiducia;
- adottando le percentuali della Tabella INAIL (Allegato I a queste Condizioni di Assicurazione) per stabilire l'esatto

grado di invalidità;

- intendendo per perdita anatomica di un organo o di un arto (ad es. braccia o gambe), la perdita assoluta ed irrimediabile del suo uso funzionale;
- in caso di minorazioni, cioè se non è stato perso del tutto l'uso funzionale dell'organo o dell'arto, riducendo in maniera proporzionale, rispetto alla perdita di funzionalità, le percentuali della Tabella INAIL (Allegato I a queste Condizioni di Assicurazione);
- in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, determinando il grado di invalidità come somma delle percentuali riferite ad ogni singola perdita subita, fino a raggiungere il limite massimo del 100%;
- senza tenere conto dell'aumento (cioè della sopravvalutazione) delle percentuali di *Invalidità Permanente Totale* specifica, in base all'*Attività Lavorativa* della *Persona assicurata* (ad esempio se è uno sportivo, un medico, un musicista e perde l'uso di un arto);
- in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto con funzionalità già parziale, diminuendo le percentuali in considerazione del precedente grado di invalidità;
- se la *Persona assicurata* è mancina e perde l'uso del braccio sinistro, riconoscendo la percentuale di invalidità per la perdita dell'uso del braccio destro e viceversa.

Art. 4.2.1. Invalidità Permanente Totale da Infortunio

La *Compagnia* paga la somma di denaro solo se l'*Infortunio* accade dopo che è stato erogato il *Prestito* a cui è abbinata questa *Polizza*, cioè dalle ore 24 di quella che è chiamata data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.

Nei casi non specificati nella Tabella INAIL (Allegato I a queste Condizioni di Assicurazione), l'*Invalidità Permanente Totale da Infortunio* viene valutata dalla *Compagnia* tenendo conto della misura in cui è diminuita in maniera definitiva la capacità generica della *Persona assicurata* di svolgere anche in parte un'*Attività Lavorativa* remunerata, indipendentemente dalla professione svolta.

Approfondiamo cos'è l'*Infortunio*.

È l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa danni fisici obiettivamente riscontrabili (ad es. una caduta dalla bicicletta).

➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.2, 6.2.1 e 9) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.2.2. Invalidità Permanente Totale da Malattia

La *Compagnia* paga la somma di denaro solo se la *Malattia* si manifesta dopo il 90° giorno successivo alla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa* (in termini assicurativi è il periodo di *Carenza*), come specificato all'art. 8.

Approfondiamo cos'è la *Malattia*.

È l'alterazione dello stato di salute che non dipenda da *Infortunio* (ad es. un infarto).
Per la definizione completa si rimanda al Glossario.

L' *Invalidità Permanente Totale da Malattia* viene valutata dalla *Compagnia*:

- come già anticipato, solo nel momento in cui le conseguenze della *Malattia* (i postumi) sono stabilizzate secondo le consolidate indicazioni della scienza medica, cioè non variano, e sono definitivamente quantificabili. Per questo può essere chiesto alla *Persona assicurata* di fare più visite mediche entro un anno dalla data in cui la *Compagnia* è informata del *Sinistro* che lo ha reso invalido;
 - calcolando per ogni singola *Malattia* la percentuale di *Invalidità Permanente Totale* che in ogni caso non può essere sommata con eventuali altre invalidità permanenti conseguenti a differenti malattie;
 - nei casi non specificati nella Tabella INAIL (Allegato I a queste Condizioni di Assicurazione), tenendo conto della misura in cui è diminuita in maniera definitiva la capacità generica della *Persona assicurata* di svolgere anche in parte un' *Attività Lavorativa* remunerata, indipendentemente dalla professione svolta.
- ➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.2, 6.2.2. e 9) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.3. Garanzia Malattia Grave

La garanzia opera se viene diagnosticata da un medico una Malattia Grave tra:

- **Infarto miocardico**

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi deve essere confermata da una visita specialistica e la patologia deve essere valutata sulla base dei seguenti fattori che, ai fini del pagamento della somma che spetterebbe, dovranno essere tutti presenti:

- a) storia clinica del tipico dolore cardiaco;
- b) alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
- c) alterazione degli enzimi cardiaci, troponina o altri markers biochimici.

- **Ictus**

Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca conseguenze neurologiche permanenti e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista e trovare riscontro nei sintomi clinici tipici come i risultati di una TAC cerebrale (Tomografia Assiale Computerizzata) e di una MRI (Risonanza Magnetica per Immagini) cerebrale. È chiesta prova documentata di deficit neurologico di durata pari ad almeno 3 mesi a partire dalla data della diagnosi.

- **Innesto di by-pass aortocoronarico**

Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La diagnosi deve essere provata con esame istologico. La necessità dell'intervento deve essere provata mediante esame coronarografico e la sua realizzazione confermata da uno specialista.

- **Tumore**

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. Sono compresi anche la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hodgkin.

- **Insufficienza renale**

Malattia renale terminale che si presenta come una perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con la necessità di essere sottoposto regolarmente a dialisi (dialisi peritoneale o emodialisi) o la prova di essere in attesa di un trapianto renale. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista.

Se viene quindi diagnosticata una Malattia Grave, la *Compagnia* paga ...

MASSIMALI

... in una sola volta una somma di denaro pari a 12 rate del *Prestito*, compresi gli interessi, indipendentemente dal numero delle persone assicurate.

Se ci sono due persone assicurate, l'importo pari alle 12 rate del *Prestito* viene diviso in base alla percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione*.

Se l'evento si verifica quando mancano meno di 12 rate mensili per estinguere il *Prestito*, la somma di denaro che viene pagata è pari all'intero importo che deve essere restituito alla Banca.

In ogni caso, per tutta la durata di questa *Polizza* la somma che viene pagata non può mai superare:

- 90.000 euro per ciascun *Sinistro* (cioè per ogni volta che viene diagnosticata una Malattia Grave);
- 180.000 euro complessivi per più sinistri.

! È IMPORTANTE SAPERE

- la *Compagnia* paga la somma dovuta soltanto se la Malattia Grave si manifesta dopo il periodo di tempo minimo (periodo di *Carenza*) specificato all'art. 8;
- se la *Persona assicurata* restituisce anticipatamente alla Banca l'intero *Prestito* (estinzione anticipata totale) ma decide di mantenere attiva la *Polizza*, la *Compagnia* paga una somma (tenendo conto del piano di *Ammortamento* originario) pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui è informata del *Sinistro*.

➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.3 e 9.1) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.4. Garanzia Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)

La garanzia opera se la *Persona assicurata* ha dichiarato al momento della firma del *Modulo di Adesione* di essere un *Lavoratore Dipendente Privato*, assunto con un regolare contratto secondo la Legge che disciplina i rapporti di lavoro, che preveda di lavorare per almeno 16 ore alla settimana.

Approfondiamo chi è un Lavoratore Dipendente Privato.

Persona fisica che presta il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base a un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano.

Per la definizione completa si rimanda al Glossario.

In caso di Perdita di Lavoro, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... per ogni giorno in cui la *Persona assicurata* rimane senza lavoro ed è iscritta presso un *Centro per l'impiego* (ufficio di collocamento o equivalente) per cercare una nuova occupazione, una somma pari ad 1/30 dell'importo della rata mensile del *Prestito*, compresi gli interessi, la cui scadenza è prevista successivamente a quando è stata informata del *Sinistro*.

In ogni caso la somma viene pagata:

- nel limite massimo giornaliero di 250 euro, indipendentemente dal numero delle persone assicurate. Se ci sono due persone assicurate il limite di 250 euro giornalieri viene diviso in base alla percentuale di *Indennizzo* indicata

sul *Modulo di Adesione*. L'*Indennizzo* non può mai superare l'importo di 7.500 euro al mese.

- fino a quella che sarebbe stata la scadenza del contratto di lavoro della *Persona assicurata* (se prevista, ad esempio nei contratti di lavoro a tempo determinato) e comunque mai per più di 360 giorni per evento e 1.080 giorni complessivi per tutta la durata di questa garanzia. Quindi, una volta che sono stati pagati 1.080 giorni, questa garanzia si chiude, senza che la *Compagnia* debba avisare la *Persona assicurata* (la garanzia cessa di avere effetto e si intende annullata).



Rispondiamo a un dubbio

Se una Persona assicurata ha dichiarato di essere un Lavoratore Dipendente Privato ha diritto all'indennizzo per Perdita di Lavoro se il suo rapporto lavorativo, regolato da un contratto a tempo determinato, arriva alla naturale scadenza?

No, se il contratto di lavoro prevede una scadenza (come per quello "a tempo determinato"), e questa viene raggiunta, alla Persona assicurata non spetta alcun indennizzo.

Se, invece, la Persona assicurata viene licenziata senza giusta causa prima della scadenza del "contratto a tempo determinato", ha diritto all'indennizzo giornaliero fino a quella che era la scadenza del contratto originariamente concordata col Datore di lavoro.

! È IMPORTANTE SAPERE

a) La *Compagnia* paga la somma dovuta:

- trascorso il periodo di tempo minimo (periodo di *Carenza*) specificato al successivo art. 8, e soltanto se dopo questo periodo sono stati inviati alla *Persona assicurata* la lettera di licenziamento oppure una comunicazione equivalente;
- se la *Persona assicurata* rimane senza lavoro (il periodo di *Disoccupazione*) per almeno 30 giorni consecutivi;

b) se la *Persona assicurata* restituisce anticipatamente alla Banca l'intero *Prestito* (estinzione anticipata totale) ma decide di mantenere attiva la *Polizza*, la *Compagnia* paga una somma (calcolata in base al piano di *Ammortamento* originario del *Prestito*) pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui è informata del *Sinistro*.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.4 e 9.2) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.5. Garanzia Grande Intervento Chirurgico (per un Non Lavoratore Dipendente Privato)

Questa garanzia opera se la *Persona assicurata* ha dichiarato al momento della firma del *Modulo di Adesione* di essere *Non Lavoratore Dipendente Privato*, cioè un lavoratore autonomo oppure un lavoratore dipendente pubblico oppure ancora un non lavoratore.

Approfondiamo chi è un Non Lavoratore Dipendente Privato?

Persona fisica che identifichiamo come Lavoratore Autonomo (ad es. libero professionista), Lavoratore Dipendente Pubblico (ad es. impiegato del Comune) o Non Lavoratore (ad es. pensionati e studenti).

Per la definizione completa si rimanda al Glossario.

In caso di Grande Intervento Chirurgico, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... in una sola volta una somma di denaro pari a 12 rate del *Prestito*, compresi gli interessi, indipendentemente dal numero delle persone assicurate.

Se ci sono due persone assicurate, l'importo pari alle 12 rate del *Prestito* viene diviso in base alla percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione*. Se l'evento si verifica quando mancano meno di 12 rate mensili per estinguere il *Prestito*, la somma di denaro che viene pagata è pari all'intero importo che deve essere restituito alla Banca. In ogni caso, per tutta la durata di questa *Polizza*, la somma che viene pagata non può mai superare:

- 90.000 euro per ciascun *Sinistro* (cioè per ogni volta la *Persona assicurata* deve essere sottoposta ad un Grande Intervento Chirurgico);
- 180.000 euro complessivi per più sinistri.

! È IMPORTANTE SAPERE

- la *Compagnia* paga la somma dovuta se l'*Infortunio* o la *Malattia* per cui la *Persona assicurata* ha dovuto sottoporsi al Grande Intervento Chirurgico accade o si manifesta dopo che è stato erogato il *Prestito* a cui è abbinata questa *Polizza*, e in caso di *Malattia* dopo che è trascorso il periodo di *Carenza* (90 giorni dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*);
 - per tutta la *Durata della Polizza*, la *Compagnia* paga alla *Persona assicurata* un solo Grande Intervento Chirurgico a cui si è dovuto sottoporre per la stessa patologia e allo stesso organo e/o tessuto. Tutti i grandi interventi chirurgici per cui si ha diritto al pagamento di una somma sono elencati nel documento intitolato "Elenco grandi interventi chirurgici" (Allegato 2 a queste Condizioni di Assicurazione);
 - se la *Persona assicurata* restituisce anticipatamente alla Banca l'intero *Prestito* (estinzione anticipata totale) ma decide di mantenere attiva la *Polizza*, la *Compagnia* paga una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo del *Prestito* alla data in cui è informata del *Sinistro*, calcolata in base al piano di *Ammortamento* originario del *Prestito*.
- ➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6.5 e 9) e i casi in cui cessa la *Copertura Assicurativa* (artt. 14 e 15).

Art. 4.6. Garanzia Premio Futuro

Questa garanzia è gratuita, cioè la offre la *Compagnia* senza che la *Persona assicurata* debba pagare alcun *Premio*, e opera se nel corso e sino alla scadenza del *Prestito* alternativamente:

- la *Persona assicurata* partorisce;
- partorisce la moglie della *Persona assicurata* che è padre del/della neonato/a;
- partorisce la convivente della *Persona assicurata* che lo riconosce come figlio/a, in quanto padre naturale, in base al Codice Civile;
- la *Persona assicurata* adotta un/a figlio/a nel rispetto del Codice Civile.

Se si verifica uno degli eventi sopra elencati, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... in una sola volta una somma di denaro pari a 3 rate mensili del *Prestito* (compresi gli interessi) successive a quando è stata informata del lieto evento.

Se si verifica quando mancano meno di 3 rate mensili per estinguere il *Prestito*, la somma di denaro che viene pagata è pari all'intero importo che deve essere restituito alla Banca.

La somma che viene pagata in ogni caso non può mai essere maggiore di 22.500 euro.

! È IMPORTANTE SAPERE

- a) per tutta la *Durata della Polizza*, la *Compagnia* paga alla *Persona assicurata* un solo evento;
- b) la somma è pagata solo se è trascorso un periodo di almeno 300 giorni dalla data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa* (periodo di *Carenza*) di cui all'art. 8.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 5. Chi non può essere assicurato

Con questa *Polizza* non può essere assicurato chi è affetto da: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o sindromi organiche cerebrali.

Se anche dopo che è stata attivata la *Polizza*, la *Persona assicurata* si viene a trovare in uno di questi stati, la *Compagnia* chiude la *Polizza* non avendo più alcun obbligo e procede a restituire interamente il *Premio* alla *Persona assicurata*, trattenendo solo le imposte (queste infatti sono dovute per legge, non sono importi che spettano alla *Compagnia*).

➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati i requisiti che deve avere ogni *Persona assicurata* (art. 1).



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 6. Casi in cui si riduce l'Indennizzo (limiti e franchigie)

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 della *Persona assicurata* (in termini assicurativi sono le franchigie).

Per le coperture per Malattia Grave e Perdita di lavoro o Grande Intervento Chirurgico, l'*Indennizzo* che spetta viene calcolato sulla base dell'importo della rata mensile del *Prestito* in scadenza rispetto a quando la *Compagnia* è informata del *Sinistro*, con una variazione massima del 30%, in positivo o in negativo, tra tale importo e quello della rata iniziale del *Prestito* (moltiplicando il risultato per 12 nel caso di Malattia Grave o Grande Intervento Chirurgico).

Se la variazione d'importo fra le due rate è maggiore del 30%, l'*Indennizzo* viene calcolato sulla base:

- a) dell'importo della rata iniziale aumentata fino al massimo del 30%;
- b) dell'importo della rata iniziale diminuita fino al massimo del 30%.

Vediamo ora in dettaglio quali sono le ulteriori limitazioni per ciascuna garanzia.

Art. 6.1. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Decesso da Infortunio

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto un *Indennizzo* per l'Invalidità Permanente Totale da *Infortunio* o *Malattia*, non

può ricevere dalla *Compagnia* un *Indennizzo* anche per Decesso da Infortunio.

Inoltre, se è attiva anche la garanzia Grande Intervento Chirurgico, per lo stesso o per un altro *Sinistro* la *Persona assicurata*:

- se ha già ricevuto l'*Indennizzo* per Decesso da Infortunio, non viene pagato nulla per il Grande Intervento Chirurgico;
- se ha già ricevuto un *Indennizzo* per il Grande Intervento Chirurgico, quello per Decesso da infortunio è pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui la *Compagnia* è informata del *Sinistro*, senza tenere conto degli interessi, meno le somme che sono state già pagate per il Grande Intervento Chirurgico.

Art. 6.2. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale

Se un *Sinistro* causa alla *Persona assicurata* un'*Invalidità Permanente Totale* di grado inferiore al 70%, la *Compagnia* non deve pagare alcuna somma.

Se invece l'*invalidità* è di grado pari o superiore al 70%, viene pagata l'intera somma che spetta e nulla rimane a carico della *Persona assicurata* (in termini assicurativi è una "*Franchigia Relativa*").

Art. 6.2.1. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto un *Indennizzo* per l'*Invalidità Permanente Totale* da *Malattia* o Decesso da Infortunio, non può ricevere dalla *Compagnia* un *Indennizzo* anche per l'*Invalidità Permanente Totale* da *Infortunio*.

Inoltre, se è attiva anche la garanzia Grande Intervento Chirurgico per lo stesso o per un altro *Sinistro* la *Persona assicurata*:

- se ha già ricevuto l'*Indennizzo* per l'*Invalidità Permanente Totale*, non viene pagato nulla per il Grande Intervento Chirurgico;
- se ha già ricevuto un *Indennizzo* per il Grande Intervento Chirurgico, quello per l'*Invalidità Permanente Totale* è pari al debito residuo del *Prestito* alla data in cui la *Compagnia* è informata del *Sinistro*, senza tenere conto degli interessi, meno le somme che sono state già pagate per il Grande Intervento Chirurgico.

Art. 6.2.2. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Malattia

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto un *Indennizzo* per l'*Invalidità Permanente Totale* da *Infortunio* o Decesso da Infortunio, non può ricevere dalla *Compagnia* un *Indennizzo* anche per l'*Invalidità Permanente Totale* da *Malattia*.

Inoltre, se è attiva la garanzia Grande Intervento Chirurgico e/o *Malattia Grave*, per lo stesso o per un altro *Sinistro* la *Persona assicurata*:

- ha diritto al solo pagamento della somma per l'*Invalidità Permanente Totale*, e quindi non viene pagato nulla per il Grande Intervento Chirurgico e/o la *Malattia Grave*;
- se ha diritto a una somma per il Grande Intervento Chirurgico e/o per la *Malattia Grave* e rimane invalido per lo stesso *Sinistro*, l'*Indennizzo* per l'*Invalidità Permanente Totale* è pari al debito residuo del *Prestito* a quella data, senza tenere conto degli interessi, meno le somme che sono state già pagate per il Grande Intervento Chirurgico e/o la *Malattia Grave*.

Art. 6.3. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Malattia Grave

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto un *Indennizzo* per l'*Invalidità Permanente Totale* da *Malattia*, non può riceverne

un altro anche per la Malattia Grave.

Anche se la *Persona assicurata* sottoscrive più polizze per proteggere prestiti diversi, la *Compagnia*, per questa garanzia, non pagherà mai più di 180.000 euro per tutta la *Durata della Polizza*.

Art. 6.4. Casi in cui si riduce l'indennizzo per Perdita di lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)

La garanzia opera se la *Persona assicurata* resta senza lavoro (il periodo di *Disoccupazione*) per almeno 30 giorni consecutivi (in termini assicurativi è una *Franchigia Assoluta*).

Art. 6.5. Casi in cui si riduce l'Indennizzo per Grande Intervento Chirurgico (per un Non Lavoratore Dipendente Privato)

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto una somma di denaro per l'Invalidità Permanente Totale da *Infortunio* o da *Malattia*, non può ricevere l'*Indennizzo* anche per il Grande Intervento Chirurgico.

Art. 7. Dove sono valide le garanzie

Le garanzie sono valide in tutto il mondo, a condizione che ogni *Sinistro* venga valutato e certificato da un medico che lavora all'interno dell'Unione Europea, altrimenti la *Compagnia* non paga alcun *Indennizzo*.

Unica eccezione è la garanzia Perdita di Lavoro che opera solo se il rapporto di lavoro della *Persona assicurata* è regolato dal Codice Civile.

Art. 8. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'Indennizzo (periodi di Carenza)

Alcune delle garanzie che questa *Polizza* offre sono valide solo dopo che è passato un determinato periodo di tempo da quando è attiva, cioè dalle ore 24 del giorno in cui è stato erogato il *Prestito* (in termini assicurativi si parla di periodi di *Carenza*). Di seguito li elenchiamo per ciascuna garanzia:

PERIODI DI CARENZA

- **Invalidità Permanente Totale da Malattia**
La garanzia opera solo se la *Malattia* si è manifestata dopo che sono trascorsi almeno 90 giorni dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.
- **Malattia Grave**
La garanzia opera solo se la *Malattia Grave* si è manifestata dopo che sono trascorsi almeno 90 giorni dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.
- **Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)**
La *Persona assicurata* è coperta solo se la data di invio della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente, è successiva alle ore 24 del 180° giorno dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.
- **Grande Intervento Chirurgico (per un Non Lavoratore Dipendente Privato)**
Se l'intervento è dovuto a *Malattia*, la garanzia opera solo se la *Malattia* che lo rende necessario si è manifestata dopo che sono trascorsi almeno 90 giorni dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.
- **Premio Futuro**
La *Compagnia* paga la somma di denaro se il parto o l'*Adozione* avviene dopo che sono trascorsi almeno 300 giorni dalla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.

Art. 9. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo (le esclusioni)

La *Persona assicurata* non ha diritto a ricevere alcun *Indennizzo* per:

ESCLUSIONI

- a) le invalidità permanenti di grado superiore al 10% presenti prima della data da cui è attiva la *Polizza* e di cui la *Compagnia* non è stata informata con il *Questionario Sanitario*;
- b) tumori maligni, angina pectoris, ictus, infarto miocardico, epatite B o C, cirrosi epatica, broncopneumopatie croniche ostruttive, diabete, insufficienza renale cronica, epilessia, infezione da HIV o AIDS, paralisi o deficit motori, sindromi organiche cerebrali, malattie neurologiche degenerative, malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, cecità mono o bi-oculare, manifestate prima della data da cui è attiva la *Polizza* e di cui la *Compagnia* non è stata informata con il *Questionario Sanitario*;
- c) gli infortuni subiti dalla *Persona assicurata* che ha guidato un qualsiasi veicolo o natante a motore (ad. es. motoscafo o moto d'acqua) senza avere la relativa patente (o altro documento equivalente ai sensi di legge), a meno che non si tratti di patente scaduta ma per la quale, al momento in cui si verifica l'incidente, era in possesso di tutti i requisiti previsti per il rinnovo;
- d) gli infortuni conseguenti ad una intossicazione acuta causata dall'aver assunto sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, farmaci) e le malattie legate al consumo di stupefacenti o all'abuso di alcol e/o di sostanze psicotrope (ad es. valium, lexotanil, metadone);
- e) i reati considerati dal Codice Penale di maggiore gravità che la *Persona assicurata* ha fatto o cercato di fare in maniera volontaria (in termini giuridici si parla di delitto doloso e delitto tentato) o le azioni che ha compiuto o permesso ad altri di compiere per fare del male a sé stesso, oppure ancora le azioni pericolose che comportano rischi evidenti (generalmente ricompresi sotto il nome di atti temerari). Fanno eccezione le azioni compiute per legittima difesa o per dovere di solidarietà come previsto dal Codice Penale e che rendono necessario un Grande Intervento Chirurgico o rendono la *Persona assicurata* permanentemente invalida;
- f) le conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, guerre, atti terroristici, ribellioni e di tumulti popolari, a questi ultimi se la *Persona assicurata* ha partecipato attivamente;
- g) le malattie dovute a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, che siano naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X) a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche relative a infortuni o malattie per le quali è dovuto il pagamento dell'*Indennizzo*;
- h) i difetti fisici, le malformazioni e le relative complicanze di cui la *Persona assicurata* soffriva prima della data da cui è attiva la *Polizza* e se conosciute dallo stesso;
- i) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, gli eventi dovuti, causati o dipendenti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- j) le malattie derivanti da infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altre patologie ad essa collegate;
- k) le malattie e le invalidità permanenti che sono riconducibili ad un volontario rifiuto di seguire prescrizioni mediche;
- l) le malattie e le invalidità permanenti derivanti da contaminazione biologica e/o chimica;

- m) gli infortuni e le malattie conseguenti ad applicazioni per questioni estetiche (ad es. se la *Persona assicurata* si è rifatto il naso), fatte dalla *Persona assicurata* per motivi psicologici o personali;
- n) gli infortuni e le malattie derivanti dal praticare sport, partecipando ad allenamenti e/o a competizioni/gare:
 - che la *Persona assicurata* svolge come professione o per cui è comunque pagata;
 - con veicoli e natanti a motore (ad. es. motoscafo o moto d'acqua), a meno che la *Persona assicurata* stia partecipando a raduni di auto e/o moto o a gare cosiddette di regolarità e relative prove;
 - in cui è previsto l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto aereo, 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;
- o) gli infortuni subiti su aeromobili di compagnie aeree per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub. In ogni caso sono esclusi anche gli infortuni che accadono mentre la *Persona assicurata* è alla guida, o conseguenti alla guida, di un qualsiasi mezzo di trasporto aereo, anche quelli per il volo da diporto, cioè con piccoli aerei privati.

Art. 9.1. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Malattia Grave

Ai casi elencati all'art. 9 si aggiungono:

ESCLUSIONI

- **Infarto miocardico**
 - Infarto miocardico senza slivellamento del tratto ST (NSTEMI) con solo aumento della troponina I o T;
 - Le altre sindromi coronariche acute (ad esempio l'angina pectoris sia stabile che instabile);
 - L'infarto silente del miocardio.
- **Ictus**
 - L'ischemia transitoria (TIA);
 - Le lesioni cerebrali traumatiche;
 - I sintomi neurologici secondari conseguenti ad emicrania;
 - L'infarto lacunare senza deficit neurologico.
- **Innesto di by-pass aortocoronarico**
 - L'angioplastica;
 - Tutte le procedure terapeutiche intra-atriali;
 - L'intervento mediante la tecnica del key-hole (chirurgia del buco della serratura).
- **Tumore**
 - La neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN);
 - Qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno;
 - Ogni cancro non invasivo (cancro in situ);
 - Il cancro alla prostata allo stadio I (T1a, 1b, 1c);
 - Il carcinoma basocellulare e il carcinoma a cellule squamose;
 - Il melanoma maligno allo stadio IA (T1A, N0, M0) e ogni tumore maligno in presenza di HIV.

Art. 9.2. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)

Oltre ai casi elencati all'art. 9, la *Compagnia* non paga l'*Indennizzo* se la *Persona assicurata*:

ESCLUSIONI

- a) alla data di attivazione della *Polizza*, sapeva già che sarebbe a breve diventato disoccupato oppure era a conoscenza di circostanze oggettive che facevano capire che lo sarebbe diventato;
- b) è stato licenziato o ha dato le dimissioni per giusta causa, per motivi disciplinari, per carcerazione o per superamento del periodo di comporto;
- c) è andato in pensione oppure è in pre-pensionamento;
- d) aveva un rapporto di lavoro a tempo determinato o a carattere stagionale e/o temporaneo e quindi già sapeva che ad una precisa data si sarebbe interrotto (ad es. contratto di formazione lavoro, di apprendistato ecc.) o in caso di un rapporto di collaborazione coordinata continuativa che si è interrotto;
- e) ha deciso volontariamente di interrompere il rapporto di lavoro oppure quest'ultimo si è interrotto a seguito di un accordo consensuale che ha raggiunto con il *Datore di lavoro*;
- f) riceve una somma di denaro per Cassa integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- g) perde il lavoro mentre è nel periodo di prova.

Approfondiamo cos'è il periodo di comporto.

Il periodo di comporto è il tempo in cui il lavoratore dipendente, che è assente per malattia, ha diritto alla conservazione del posto di lavoro.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 10. Dichiarazioni della Persona assicurata

Ogni *Persona assicurata* deve fornire dichiarazioni vere, corrette e complete (in termini giuridici non deve rendere dichiarazioni inesatte o reticenti, come previsto dal Codice Civile) su aspetti che influiscono sulla decisione della *Compagnia* di proteggerla oppure no (ad es. la *Persona assicurata* ha dichiarato una condizione lavorativa non corretta).

Se la *Persona assicurata* lo fa con l'intenzione di ricevere il pagamento dell'*Indennizzo* quando non ne avrebbe diritto (cioè con dolo) o per negligenza, imprudenza o imperizia (cioè con colpa grave), la *Compagnia* può annullare il contratto di assicurazione, cioè la *Polizza*, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta.

Se il *Sinistro* si verifica prima che annulliamo la *Polizza*, non paghiamo l'*Indennizzo* alla *Persona assicurata*. La *Compagnia* ha diritto, comunque, di trattenere i premi già incassati per coprire la *Persona assicurata* fino al giorno dell'annullamento della *Polizza*.

Se invece non c'è dolo o colpa grave, la *Compagnia* può chiudere la *Polizza*, cioè recedere dal contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta. Se il *Sinistro* si verifica prima di chiudere la *Polizza* oppure prima di scoprire che la dichiarazione non era vera e corretta, riduciamo l'*Indennizzo* da pagare in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo saputo la verità.

Art. 10.1. Modifica dello status lavorativo (per le Garanzie Perdita di Lavoro e Grande Intervento Chirurgico)

Al momento della firma del *Modulo di Adesione*, se la *Persona assicurata* ha dichiarato di essere un *Lavoratore Dipendente Privato*, viene attivata la garanzia Perdita di lavoro. Cambiando condizione lavorativa (cioè il proprio status lavorativo, ad esempio diventando un libero professionista) la *Persona assicurata* deve informarne il prima possibile la *Compagnia* tramite raccomandata o con PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, perché ai fini della *Polizza* è diventato un *Non Lavoratore Dipendente Privato* e quindi è necessario sostituire la garanzia con quella per Grande Intervento Chirurgico.

Approfondiamo cos'è lo status lavorativo.

Lo status lavorativo per noi è quello che identifica la *Persona assicurata* come *Lavoratore Dipendente Privato* oppure *Non Lavoratore Dipendente Privato*.

Se invece quando ha firmato il *Modulo di Adesione*, la *Persona assicurata* ha dichiarato di essere un lavoratore autonomo, un lavoratore dipendente pubblico oppure un non lavoratore (quindi è un *Non Lavoratore Dipendente Privato*), ma nel corso della *Polizza* diventa un *Lavoratore Dipendente Privato*, per permettere alla *Compagnia* di sostituire la garanzia Grande Intervento Chirurgico con la Perdita di Lavoro oltre a mandare la comunicazione, deve:

- superare il periodo di prova, cioè il tempo previsto da ogni tipo di contratto di lavoro che consente al lavoratore e al *Datore di lavoro* di valutare se è conveniente proseguire il rapporto di lavoro, e
- essere assunto con regolare contratto, secondo la Legge che disciplina i rapporti di lavoro, che preveda che debba lavorare almeno 16 ore settimanali per almeno 180 giorni consecutivi.

! È IMPORTANTE SAPERE

- a) La comunicazione serve per poter godere delle coperture assicurative collegate al nuovo status lavorativo.
- b) Anche cambiando status lavorativo, la *Persona assicurata* ha sempre attive le garanzie Invalidità Permanente Totale da *Infortunio* o *Malattia* e *Malattia Grave*.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 11. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)

La *Persona assicurata* o i suoi aventi diritto devono comunicare il *Sinistro* alla *Compagnia*, entro 20 giorni dalla data in cui si è verificato, in uno dei seguenti modi:



sul sito www.mediolanumassicurazioni.it - Area Clienti oppure sul sito bancamediolanum.it (se correntista di Banca Mediolanum) Area Privata, sezione Protezione – Denuncia sinistro



posta raccomandata a Mediolanum Assicurazioni S.p.A., ufficio si.re - Palazzo Meucci, Via E. Doris, 20079 Basiglio, Milano 3 - Milano



e-mail: sire@mediolanum.it



contattando il Family Banker

Nel momento in cui la *Compagnia* riceve la comunicazione, viene aperta una pratica la cui gestione è affidata ad un incaricato (il tutor) che, se necessario, chiede alla *Persona assicurata* ulteriore documentazione.

! È IMPORTANTE SAPERE

La comunicazione da inviare alla *Compagnia* deve contenere:

a) in caso di *Infortunio*

luogo, giorno, ora e dinamica dell'evento, con il relativo certificato medico, documentando anche il decorso delle lesioni con ulteriori specifici certificati medici. Se l'*Infortunio* ha comportato un ricovero, deve essere trasmessa anche una copia della cartella clinica;

b) in caso di *Malattia*

copia della cartella clinica e ogni altro certificato medico o documento relativo alla *Malattia* che ha causato il *Sinistro*.

➔ Oltre a quanto scritto qui, si rimanda al modulo "Istruzioni per la denuncia del *Sinistro*" disponibile sul sito della *Compagnia*.

Art. 11.1. Denunce per Perdita di Lavoro successive alla prima (per un Lavoratore Dipendente Privato)

Se la *Persona assicurata* ha già ricevuto un *Indennizzo* per Perdita di Lavoro, questa garanzia non si riattiva, e quindi non può chiedere di ricevere nuove somme di denaro anche se perde nuovamente il lavoro, finché non ha superato quello che chiamiamo *Periodo di Osservazione* e cioè: è stato nuovamente assunto come *Lavoratore Dipendente Privato* con regolare contratto, secondo la Legge che disciplina i rapporti di lavoro, che preveda che debba lavorare per almeno 16 ore settimanali per almeno 180 giorni consecutivi e ha superato il periodo di prova previsto dal nuovo contratto.

In breve: durante il *Periodo di Osservazione* la *Persona assicurata* non ha diritto a ricevere alcuna somma di denaro, anche se perde nuovamente il lavoro.

Art. 12. Come la Compagnia valuta, quantifica e liquida il Sinistro

a) In caso di *Infortunio*

Oltre a quanto abbiamo già indicato negli articoli artt. 4.2, 4.2.1 su come la *Compagnia* valuta l'Invalidità Permanente da *Infortunio*, la *Persona assicurata* riceve una somma di denaro solo se il danno fisico che ha subito è dovuto all'*Infortunio* (conseguenza diretta). Se al momento dell'evento non è fisicamente integro e sano, la somma che riceve è quella relativa al danno fisico che avrebbe subito una persona fisicamente integra e sana.

b) In caso di *Malattia*

Per la sola garanzia Invalidità Permanente Totale, oltre a quanto abbiamo già indicato negli articoli artt. 4.2, 4.2.2, su come la *Compagnia* la valuta, la *Persona assicurata* riceve la somma di denaro prevista e dovuta dopo che ha fornito alla *Compagnia* tutta la documentazione necessaria e dopo che sono stati eseguiti tutti gli accertamenti dovuti nelle tempistiche previste dall'art. 4.2.

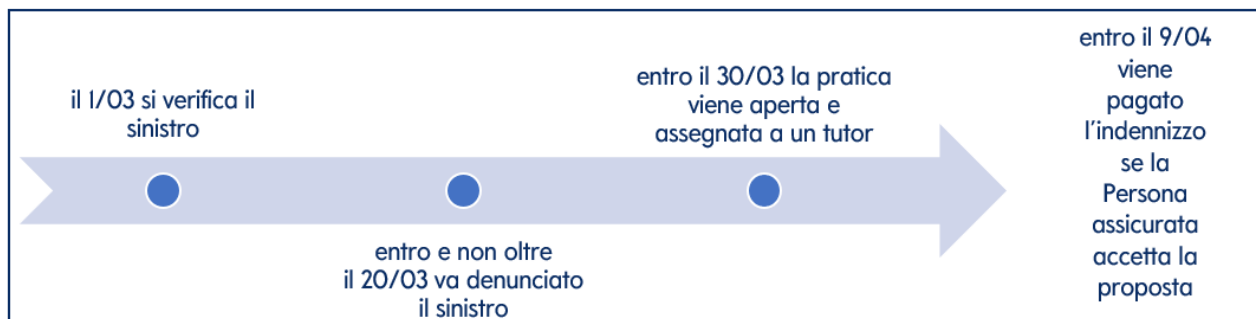
La *Compagnia* si impegna a pagare il *Sinistro* entro il termine massimo di 20 giorni dalla ricezione della relativa denuncia, corredata della documentazione completa e a seguito dell'accettazione della *Persona assicurata* del pagamento proposto dalla *Compagnia*, a meno che questo termine debba essere sospeso perché sono necessari ulteriori accertamenti a causa della natura o della complessità del *Sinistro* stesso. In questo caso la sospensione viene prontamente comunicata alla *Persona assicurata*.

La somma relativa al Sinistro viene pagata in Italia e in valuta corrente.



Facciamo un esempio

Riassumiamo quindi in pochi passaggi cosa succede da quando si verifica un *Sinistro*, ad esempio per Perdita di Lavoro, fino al suo pagamento se sono stati inviati al momento della denuncia tutti i documenti necessari, illustrando anche i tempi massimi riferiti ad ogni singola scadenza:



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 13. Il Premio di polizza

L'intera somma dovuta alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) viene pagata dall'*Aderente*, in via anticipata e in una sola volta, tramite la Banca nel momento in cui viene erogato il *Prestito*. Se l'importo del *Premio* è finanziato, e quindi viene aggiunto a quello del *Prestito*, viene suddiviso nelle rate da restituire alla Banca.

Il *Premio* è calcolato sull'importo del *Prestito*. Se l'importo del *Prestito* è fino a 250.000 euro viene applicato un tasso di premio lordo del 4,50%. Se l'importo del *Prestito* è superiore ma non oltre 500.000 euro:

- fino a 250.000 euro è applicato un tasso di premio lordo del 4,50%;
- da 250.001 euro fino a 500.000 euro è applicato un tasso di premio lordo del 3,50%.



Facciamo un esempio

Calcolo del premio di polizza

Importo del Prestito erogato: 300.000 euro

Durata del Prestito: 5 anni

Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2023

Data di scadenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2028

Premio unico: $(250.000 \text{ euro} \times 4,5\%) + (50.000 \text{ euro} \times 3,5\%) = 13.000 \text{ euro}$ (al lordo di imposte) - 317,08 euro (imposte) = 12.682,92 euro (al netto di imposte 2,5%).

Calcolo del Premio unico anticipato: 12.682,92 euro (Premio imponibile)

Se l'*Aderente* non paga il *Premio* della *Polizza*, tutte le garanzie restano sospese ed è coperto solo a partire dalle ore 24 del giorno in cui lo pagherà alla *Compagnia*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 14. Da quando è valida la Polizza (conclusione del contratto di assicurazione)

La *Compagnia* comunica per iscritto all'*Aderente* di aver accettato l'adesione alla *Polizza-Convenzione* dopo che ne ha valutato le informazioni sullo stato di salute tramite il *Questionario Sanitario* e ha incassato il *Premio*. In termini giuridici il contratto può quindi dirsi concluso.

Art. 15. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)

La *Persona assicurata* è coperto dalle ore 24 del giorno in cui viene erogato il *Prestito* a condizione che sia pagato il

Premio di Polizza e siano passati i periodi di *Carenza*, come abbiamo detto in precedenza.

Art. 16. Da quando non si è più assicurati

La copertura può cessare in diversi casi, dipendenti:

- dalla durata del *Prestito*;
- dal decesso della *Persona assicurata* non causato da *Infortunio*,
- dall'età/Invalidità Permanente Totale /Decesso della *Persona assicurata* causato da *Infortunio*,
- da Malattia Grave/Perdita di Lavoro/Grande Intervento Chirurgico.

DURATA DEL PRESTITO

La *Persona assicurata* non è più coperta dalle ore 24 del giorno di scadenza originaria del *Prestito* (giorno di scadenza dell'ultima rata in base all'originale piano di *Ammortamento*). Se è stata attivata l'opzione "Salta la Rata", dove previsto, la durata della copertura è adeguata alla nuova durata del *Prestito* ed è estesa per un massimo di 3 mesi successivi rispetto alla scadenza originaria.

DECESSO NON CAUSATO DA INFORTUNIO

La *Persona assicurata* non è più coperta, e di conseguenza viene chiusa la *Polizza*, se muore ed è l'unica *Persona assicurata*.

Se ci sono due persone assicurate, invece, le garanzie rimangono attive per chi resta in vita, che riceve tutta la somma di denaro, pari al 100% del *Massimale*, in caso di *Sinistro*, non considerando più la percentuale di *Indennizzo* che era stata indicata nel *Modulo di Adesione*.



Facciamo un esempio

Cessazione delle garanzie per decesso non causato da infortunio

Marco e Anna sono le persone assicurate della polizza.

A Marco spetta da contratto una percentuale del massimale pari al 75%,

Ad Anna spetta da contratto una percentuale del massimale pari al 25%.

Se Marco muore (non per infortunio), ad Anna spetta il 100% del massimale in caso di sinistro.

ETA', INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE, DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO

La *Persona assicurata* non è più coperta:

- a) se compie 75 anni, ed è l'unica *Persona assicurata*. Quindi viene chiusa la *Polizza* che tuttavia può rimanere attiva per altri 3 mesi al massimo se è stata attivata l'opzione "Salta la Rata" del *Prestito*.

Se ci sono due persone assicurate, invece, le garanzie rimangono attive per chi ha meno di 75 anni che riceve tutta la somma di denaro, pari al 100% del *Massimale* in caso di *Sinistro*, non considerando più la percentuale di *Indennizzo* che era stata indicata nel *Modulo di Adesione*.

- b) se decede o diventa invalido e la *Compagnia* ha pagato l'intero *Indennizzo* che gli spetta, ed è l'unica *Persona assicurata*, viene chiusa la *Polizza*.

Se invece ci sono due persone assicurate, le garanzie rimangono attive solo per l'altra *Persona assicurata*, e viene mantenuta la percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione*.



Facciamo un esempio

Cessazione delle garanzie per limiti di età, invalidità permanente totale, decesso causato da infortunio

Marco e Anna hanno chiesto un prestito e quindi sono le persone assicurate della polizza.

A Marco spetta da contratto una percentuale del massimale pari al 75%,

Ad Anna spetta da contratto una percentuale del massimale pari al 25%.

Se Marco compie 75 anni, ad Anna spetta il 100% del massimale in caso di sinistro.

Se Marco decede per infortunio o diventa invalido, riceve il 75% del massimale, ad Anna spetta sempre il 25% in caso di sinistro.

MALATTIA GRAVE, PERDITA DI LAVORO O GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Se la *Persona assicurata* ha ricevuto il massimo dell'*Indennizzo* che gli spetta per una o più tra le garanzie Malattia Grave, Perdita di Lavoro o Grande Intervento Chirurgico, non può più ricevere per quella garanzia ulteriori indennizzi perché non è più attiva. Continua invece ad essere coperto per le altre garanzie.

Se invece ci sono due persone assicurate, le garanzie rimangono attive solo per l'altra *Persona assicurata*, e viene mantenuta la percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione*.



Facciamo un esempio

Cessazione delle garanzie per perdita di lavoro

Marco e Anna hanno chiesto un prestito e quindi sono le persone assicurate della polizza, entrambi con la garanzia Perdita di Lavoro.

A Marco spetta da contratto una percentuale di rimborso della rata pari al 50%

Ad Anna spetta l'altro 50% della rata in caso di sinistro.

Se Marco esaurisce i 1.080 giorni di rimborso per la garanzia Perdita di Lavoro, ad Anna spetta comunque il 50% di rimborso della rata nel caso anche lei venga licenziata.

Art. 17. Rimborso anticipato o trasferimento del Prestito

Art. 17.1. Rimborso anticipato di una parte del Prestito (estinzione anticipata parziale)

Nel caso in cui l'*Aderente* ha rimborsato parzialmente il *Prestito* a Banca Mediolanum, la *Compagnia* (a meno che l'*Aderente* chieda di mantenere invariato l'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*, come specificato più avanti) gli restituisce la parte del *Premio* di *Polizza* che non è stata utilizzata per proteggerlo, in proporzione all'importo del *Prestito* che è stato rimborsato (in termini assicurativi è la quota parte di *Premio* non goduto). Di conseguenza viene ridotto l'importo dell'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*.

La quota parte di *Premio* non utilizzato viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del *Prestito*; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da Banca Mediolanum, la *Compagnia* invia un assegno circolare o di traenza, a meno che l'*Aderente* non dia altre istruzioni. Tale importo viene restituito entro 30 giorni da quando la *Compagnia* è stata informata dell'avvenuto rimborso parziale del *Prestito* alla Banca.

Restituzione del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale del prestito
Importo del Prestito erogato: 300.000 euro Durata del Prestito: 5 anni Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2023 Data di estinzione totale o parziale del Prestito: 01/03/2026 Debito residuo del Prestito alla data estinzione (al tasso d'interesse annuo del 7%): 192.387,24 euro Data di scadenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2028 Premio unico: (250.000 euro x 4,5%) + (50.000 euro x 3,5%) = 13.000 euro (al lordo di imposte) Premio imponibile: 13.000 euro - 317,08 euro (imposte) = 12.682,92 euro (al netto di imposte 2,5%)
Estinzione parziale per l'importo di 90.000 euro Premio da restituire: 12.682,92 euro (Premio imponibile) x 2 (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata copertura) x 90.000 euro (estinzione parziale) / 192.387,24 euro (debito residuo) = 2.373,26 euro
Totale importo da restituire per estinzione parziale: 2.373,26 euro - 25 euro (spese amministrative) = 2.348,26 euro

In alternativa alla restituzione della quota parte di *Premio*, l'*Aderente* può chiedere di mantenere invariato l'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*. Per continuare ad essere protetto alle condizioni previste al momento in cui viene rimborsato parzialmente il *Prestito*, l'*Aderente* deve farne richiesta inviando alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente entro 20 giorni dalla comunicazione di avvenuta estinzione parziale del *Prestito* da parte della Banca.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se ci sono due persone assicurate la *Compagnia* restituisce la quota parte di *Premio* non utilizzato sempre alla persona che risulta essere la 1^a *Persone assicurata* nel *Modulo di Adesione*.

Art. 17.2. Rimborso anticipato dell'intero Prestito (estinzione anticipata totale)

Nel caso in cui l'*Aderente* ha rimborsato totalmente il *Prestito* a Banca Mediolanum oppure lo ha trasferito, la *Compagnia* (a meno che l'*Aderente* chieda di mantenere invariato l'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*, come specificato più avanti) gli restituisce la parte del *Premio* di *Polizza* che non è stata utilizzata per proteggerlo, in proporzione all'importo del *Prestito* che è stato rimborsato (in termini assicurativi è la quota parte di *Premio* non goduto) al netto di eventuali rimborsi parziali effettuati.

La *Compagnia* trattiene sempre le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del *Premio* e le imposte di cui al successivo art. 25; se le spese sostenute dalla *Compagnia* sono superiori all'importo di *Premio* da restituire, non viene rimborsata alcuna somma.

La quota parte di *Premio* non utilizzato viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del *Prestito*; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da Banca Mediolanum oppure sia stato chiuso, la *Compagnia* invia un assegno circolare o di trattenuta, a meno che l'*Aderente* non dia altre istruzioni. Tale importo viene restituito entro 30 giorni da quando la *Compagnia* è stata informata dell'avvenuto rimborso anticipato o del trasferimento del *Prestito* presso un'altra banca.



Facciamo un esempio

Restituzione premio pagato e non goduto dopo l'estinzione anticipata totale del prestito
Importo del Prestito erogato: 300.000 euro Durata del Prestito: 5 anni Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2023 Data di estinzione totale del Prestito: 01/03/2026 Debito residuo del Prestito alla data estinzione (al tasso d'interesse annuo del 7%): 192.387,24 euro Data di scadenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2028 Premio unico: $(250.000 \text{ euro} \times 4,5\%) + (50.000 \text{ euro} \times 3,5\%) = 13.000 \text{ euro}$ (al lordo di imposte) - 317,08 euro (imposte) = 12.682,92 euro (al netto di imposte 2,5%).
Calcolo del Premio unico anticipato: 12.682,92 euro (Premio imponibile) $\times 2$ (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata Prestito) = 5.073,17 euro
Totale importo da restituire per estinzione totale: 5.073,17 euro - 25 euro (spese amministrative) = 5.048,17 euro (importo da restituire)

In alternativa alla restituzione della quota parte di *Premio*, l'*Aderente* può chiedere di mantenere attiva la *Polizza* fino alla sua durata iniziale, pari al termine del piano di *Ammortamento* originario del *Prestito* sulla base del quale viene calcolato l'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*, considerando anche gli eventuali precedenti rimborsi parziali del *Prestito*. Per continuare ad essere protetto, l'*Aderente* deve farne richiesta inviando alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente entro 20 giorni dalla comunicazione di avvenuta estinzione del *Prestito* da parte della Banca.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se ci sono due persone assicurate la *Compagnia* restituisce la quota parte di *Premio* non utilizzato sempre alla persona che risulta essere la 1^a *Persona assicurata* nel *Modulo di Adesione*.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 18. Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)

Anche dopo che l'*Aderente* ha firmato il *Modulo di Adesione* ha il diritto di cambiare idea e chiudere la *Polizza*, cioè recedere dal contratto. Per farlo deve inviare alla *Compagnia* entro 60 giorni dalla data in cui decorre la copertura, cioè da quando è stato erogato il *Prestito*, una raccomandata o una PEC firmata digitalmente in cui comunica questa volontà (in termini giuridici esercita il diritto di recesso). La *Compagnia* chiude la *Polizza* alla ricezione della raccomandata. Dopo che è trascorso questo periodo di tempo, l'*Aderente* può bloccare il rinnovo della *Polizza* ogni anno, cioè disdirla.

In questo caso, tuttavia, deve mandare alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale del contratto (ad es. se la copertura parte dal 10 maggio, l'*Aderente* deve comunicare la chiusura della *Polizza* entro il 10 di marzo di ciascun anno) ed è comunque coperto fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui ha esercitato tale diritto, dopodiché la *Polizza* viene chiusa.

Infine, se l'*Aderente* non ha più la residenza anagrafica in Italia, deve comunicarlo alla *Compagnia* che, dopo aver ricevuto la notizia, invia una raccomandata per informarla che la *Polizza* viene chiusa in occasione della prima scadenza annuale successiva alla notizia della variazione di residenza. Quindi la *Polizza* rimane attiva solo fino a quella data.

In questi casi quando la *Compagnia* chiude la *Polizza* restituisce il *Premio* pagato, trattenendo però:

- 25 euro di spese amministrative;

- gli importi delle imposte dovute;
- la quota parte del *Premio* utilizzato per coprire la *Persona assicurata* ogni giorno prima del ripensamento.

La quota parte di *Premio* non utilizzato viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del *Prestito*; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da Banca Mediolanum oppure sia stato chiuso, la *Compagnia* invia un assegno circolare o di traenza, a meno che l'*Aderente* non dia altre istruzioni. Tale importo viene restituito entro 30 giorni successivi.



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA

Art. 19. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche della *Polizza-Convenzione* devono essere provate per iscritto.

Art. 20. Beneficiari degli indennizzi

Per le garanzie "Invalidità Permanente Totale", "Perdita di Lavoro", "Grande Intervento Chirurgico" e "Malattia Grave", il *Beneficiario* degli Indennizzi previsti è ogni *Persona assicurata* che subisce il *Sinistro*. Per la garanzia "Decesso da Infortunio", il *Beneficiario* è ogni soggetto che, al momento del decesso della *Persona assicurata* risulta essere nell'ordine:

- una persona che garantisce il pagamento del *Prestito* al posto della *Persona assicurata*, cioè un garante a qualunque titolo o un fideiussore (in termini giuridici si parla di coobbligato);
- un contitolare, insieme alla *Persona assicurata*, del *Prestito* (se non c'è un coobbligato);
- il coniuge, cioè il marito o la moglie della *Persona assicurata*, non separato legalmente (se non c'è un contitolare);
- un erede nominato per testamento della *Persona assicurata* (se non c'è il coniuge);
- un erede legittimo della *Persona assicurata*, cioè il coniuge, i figli, i parenti fino al sesto grado e, in ultima ipotesi, lo Stato italiano (se non c'è un erede testamentario).

Art. 21. Rinuncia della Compagnia a sostituirsi alla Persona assicurata (il Diritto di surrogazione)

La *Compagnia* rinuncia al proprio diritto di sostituirsi alla *Persona assicurata* (in termini giuridici è il *Diritto di Surrogazione*) contro gli eventuali responsabili del *Sinistro* indennizzato, per recuperare le somme pagate a favore della *Persona assicurata* e dei suoi eventuali eredi, solo nei confronti:

- di quelli di cui la *Persona assicurata* deve rispondere secondo quanto stabilito dal Codice Civile (ad es. i figli minorenni e i domestici);
- di altre compagnie, se la *Persona assicurata* è una società, che sono qualificabili come sue società controllanti, controllate o collegate, nonché i loro amministratori e legali rappresentanti, purché la *Persona assicurata*, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

Lascia quindi integri i diritti della *Persona assicurata* e dei suoi eredi contro i responsabili, salvo i casi in cui il *Sinistro* sia stato compiuto in maniera volontaria con l'intenzione, cioè con dolo, di ottenere l'*Indennizzo* dalla *Compagnia*.

Art. 22. Chi può far valere i diritti che derivano dalla polizza

Le azioni, le ragioni e i diritti che derivano dalla *Polizza-Convenzione* possono essere fatti valere solo dall'*Aderente/Persona assicurata* e dalla *Compagnia*. Spetta alla *Persona assicurata* svolgere tutte quelle azioni necessarie per l'accertamento dei danni derivanti dal *Sinistro* e per consentire alla *Compagnia* di fare il relativo

pagamento. Queste azioni sono vincolanti anche per l'*Aderente/Persona assicurata*, che non può pertanto contestarle, non ha cioè facoltà di impugnativa. L'*Indennizzo* dei sinistri, secondo quanto previsto dalla *Polizza*, può essere pagato dalla *Compagnia* solo al titolare dell'interesse assicurato (cioè alla *Persona assicurata* o ai suoi eventuali eredi) e con il suo consenso.

Art. 23. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)

Ogni diritto che deriva dalla *Polizza* deve essere esercitato entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto da cui nasce quel diritto, secondo quanto stabilito dal Codice Civile.

Se però la *Persona assicurata* non adempie – con l'intenzione, cioè con dolo, di ingannare la *Compagnia* – all'obbligo di comunicare il *Sinistro* alla *Compagnia* o a quello di fare tutto ciò che può per evitare che il danno si verifichi o per diminuirlo, perde il proprio diritto all'*Indennizzo* come previsto dal Codice Civile (in termini giuridici decade dal proprio diritto); se invece non adempie per imprudenza, negligenza ed imperizia (in termini giuridici si parla di colpa), la *Compagnia* ha diritto a ridurre l'*Indennizzo*.

Art. 24. Il Regime fiscale della polizza

Tutte le imposte sul *Premio* relative a questa *Polizza*, previste dalla normativa fiscale, sono a carico dell'*Aderente*.

La normativa fiscale prevede, inoltre, la possibilità di detrarre una parte del *Premio* versato nell'anno solare nella misura, per gli importi massimi e in base ai limiti reddituali definiti dalla normativa.

Le somme pagate da Mediolanum Assicurazioni sono esenti da imposta.

Art. 25. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)

Se non c'è accordo con la *Compagnia* sulla *Polizza* o sul pagamento dei sinistri e nasce una controversia, bisogna tentare di risolverla con la mediazione prima di andare da un giudice, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione presente nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. Durante la mediazione, che è un cosiddetto sistema alternativo di risoluzione stragiudiziale delle controversie (cioè una procedura in cui non ci si presenta davanti a un giudice), bisogna farsi assistere da un avvocato.

Se la mediazione non ha successo è sempre possibile rivolgersi a un giudice. In questo caso la competenza per decidere la controversia è sempre quella dell'autorità giudiziaria del luogo in cui ha la residenza o il domicilio chi vuole fare causa alla *Compagnia*.

In alternativa alla mediazione, per risolvere la controversia si può ricorrere anche agli altri sistemi di risoluzione stragiudiziale indicati sul sito www.mediolanumassicurazioni.it (come per esempio l'Arbitro Assicurativo), prima di rivolgersi a un giudice.

Art. 25.1. L'Arbitrato

Tra i sistemi alternativi di risoluzione stragiudiziale, la *Compagnia* e/o l'*Aderente* possono ricorrere al cosiddetto arbitrato, se il disaccordo è relativo alla tipologia o alle conseguenze di un *Sinistro*. In questo caso, chiedono che la decisione venga presa da due medici nominati uno per parte e 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 l'*Aderente* ha la residenza.

Ciascuna parte paga le spese e l'onorario del proprio medico, mentre vengono divise a metà quelle del terzo medico. I tre medici possono decidere di rinviare l'accertamento definitivo dell'*Infortunio* o della *Malattia* a quando lo riterranno opportuno.

Alle decisioni, che vengono prese a maggioranza dei voti e senza avere formalità di Legge, non ci si può opporre anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale (in termini giuridici le decisioni sono vincolanti e non impugnabili) e non si può 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.

La decisione viene scritta in un apposito verbale, redatto in doppio esemplare, che viene consegnato alla *Compagnia* e all'*Aderente*.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Persona assicurata* deve trasmettere alla *Compagnia* tutta la documentazione relativa al *Sinistro* prima che abbia inizio questa procedura di risoluzione alternativa della controversia. Se presenta nuovi documenti una volta che l'arbitrato è iniziato, i tre medici potrebbero dover rinviare la riunione per un periodo di tempo non superiore a 60 giorni, per permettere alla *Compagnia* di valutare di nuovo l'evento anche a fronte dei nuovi documenti che sono stati trasmessi. Se questi documenti non hanno alcun valore ai fini della decisione, la *Persona assicurata* deve pagare le ulteriori spese che sono eventualmente derivate dall'aver rinviato la riunione.

Art. 26. Legge applicabile alla polizza

Per tutto quanto non è stato scritto in queste condizioni di assicurazione, alla *Polizza* si applica la Legge Italiana.

Art. 27. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)

Anche se il Codice Civile lo prevede, la *Persona assicurata* non è obbligata a comunicare alla *Compagnia* l'esistenza e la successiva sottoscrizione di altre polizze assicurative con le stesse garanzie previste anche da questa *Polizza*.

Art. 28. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)

La *Compagnia* mette a disposizione di chi ha firmato il *Modulo di Adesione* un'area riservata nel sito internet per accedere alla posizione assicurativa, in cui trovare i dati principali della *Polizza* e poter operare, ad esempio, per informare la *Compagnia* di un *Sinistro* o fare tutte le altre operazioni rese disponibili tempo per tempo (il c.d. servizio di Home Insurance).

Il servizio è gratuito e si utilizza con i codici personali rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta. Questi codici di accesso servono per garantire un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo dell'area riservata è disciplinato dalle "Norme che regolano il servizio di Home Insurance" presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* - anziché sul proprio sito - rende disponibili le predette funzionalità, sia informative che dispositive, sul sito di Banca Mediolanum all'indirizzo www.bmedonline.it, solo per i titolari del servizio di "Banca Diretta" della medesima Banca e unicamente per le polizze distribuite dalla stessa, utilizzando codici forniti direttamente dalla Banca.



LA POLIZZA IN SINTESI

Garanzie	Massimali	Limitazioni	Franchigie
Decesso da Infortunio	La <i>Compagnia</i> rimborsa massimo: ➤ 500.000 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i>, sia stata indicata una sola <i>Persona assicurata</i>; ➤ 500.000 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i> siano state indicate due persone assicurate. In tal caso il limite è da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo.	<i>Indennizzo</i> non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente Totale da <i>Infortunio</i> o da <i>Malattia</i>; ➤ con quello relativo alla garanzia Grande Intervento Chirurgico per lo stesso <i>Sinistro</i>.	Non previste
Invalidità Permanente Totale	La <i>Compagnia</i> rimborsa massimo: ➤ 500.000 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i>, sia stata indicata una sola <i>Persona assicurata</i>; ➤ 500.000 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i> siano state indicate due persone assicurate. In tal caso il limite è da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo.	Se da <i>Infortunio</i> <i>Indennizzo</i> non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente Totale da <i>Malattia</i> o Decesso da <i>Infortunio</i>; ➤ con quelle relative alle garanzie Grande Intervento Chirurgico per lo stesso <i>Sinistro</i>. Se da <i>Malattia</i> <i>Indennizzo</i> non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente Totale da <i>Infortunio</i> o Decesso da <i>Infortunio</i>; con quelle relative alle garanzie Grave Malattie e Grande Intervento Chirurgico per lo stesso <i>Sinistro</i>.	➤ grado di invalidità inferiore al 70%.
Malattia Grave	La <i>Compagnia</i> rimborsa massimo: ➤ 12 rate mensili di rimborso del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia del <i>Sinistro</i>, nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i> sia stata indicata una sola <i>Persona assicurata</i>; ➤ 12 rate mensili di rimborso del <i>Premio</i> successive alla data di denuncia del <i>Sinistro</i>, nel caso in cui nel <i>Modulo di adesione</i> siano state indicate due persone assicurate. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La <i>Compagnia</i> corrisponde massimo: ➤ 90.000 euro per evento; ➤ 180.000 euro per più sinistri nell'intero periodo di <i>Copertura Assicurativa</i>.	Per il calcolo dell'<i>Indennizzo</i> la <i>Compagnia</i> utilizza l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia di <i>Sinistro</i> con: ➤ limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo delle 12 rate successive al <i>Sinistro</i> e quello della rata iniziale. <i>Indennizzo</i> non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente Totale da <i>Malattia</i> per lo stesso <i>Sinistro</i>.	Non previste

Garanzie	Massimali	Limitazioni	Franchigie
Perdita di Lavoro (garanzia per la <i>Persona assicurata Lavoratore dipendente privato</i> con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali)	<i>Indennizzo</i> massimo non superiore: ➤ 360 giorni per evento; ➤ 1.080 giorni per tutta la durata della <i>Copertura Assicurativa</i>. <i>Indennizzo</i> massimo giornaliero: ➤ 250 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i>, sia stata indicata una sola <i>Persona assicurata</i>; ➤ 250 euro nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i> siano state indicate due persone assicurate. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La <i>Compagnia</i> corrisponde massimo: 7.500 euro mensili.	Per il calcolo dell'<i>Indennizzo</i> giornaliero la <i>Compagnia</i> utilizza l'importo della rata mensile di rimborso del <i>Prestito</i> successiva alla data di denuncia di <i>Sinistro</i> e al periodo di franchigia con: ➤ Limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo della rata mensile di rimborso <i>Prestito</i> successiva alla data di denuncia del <i>Sinistro</i> ed al periodo di franchigia e quello della rata iniziale.	➤ Periodo di <i>Disoccupazione</i> inferiore a 30 giorni (<i>Franchigia Assoluta</i>)
Grande Intervento Chirurgico (garanzia per la <i>Persona assicurata non lavoratore dipendente privato</i>)	La <i>Compagnia</i> rimborsa massimo: ➤ 12 rate mensili di rimborso del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia del <i>Sinistro</i>, nel caso in cui nel <i>Modulo di Adesione</i> sia stata indicata una sola <i>Persona assicurata</i>; ➤ 12 rate mensili di rimborso del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia del <i>Sinistro</i>, nel caso in cui nel <i>Modulo di adesione</i> siano state indicate due persone assicurate. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La <i>Compagnia</i> corrisponde: ➤ 90.000 euro per evento; 180.000 euro per più sinistri nell'intero periodo di <i>Copertura Assicurativa</i>.	Per il calcolo dell'<i>Indennizzo</i> la <i>Compagnia</i> utilizza l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia di <i>Sinistro</i> con: ➤ Limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo delle 12 rate successive al <i>Sinistro</i> e quello della rata iniziale. <i>Indennizzo</i> non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente Totale da <i>Infortunio</i> o <i>Malattia</i> per lo stesso <i>Sinistro</i>.	Non previste
Premio Futuro	La <i>Compagnia</i> prende in considerazione gli importi delle 3 rate mensili del <i>Prestito</i> successive alla data di denuncia dell'evento: Massimo 22.500 euro.	Non previste	Non previste

ALLEGATO I: TABELLA INAIL

VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Allegato I al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124)

Descrizione	Percentuale
Sordità completa di un orecchio	15 (sia destro sia sinistro)
Sordità completa bilaterale	60 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35 (sia destro sia sinistro)
Perdita della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100 (sia destro sia sinistro)
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40 (sia destro sia sinistro)
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8 (sia destro sia sinistro)
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18 (sia destro sia sinistro)
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria con possibilità di applicazione di protesi efficace	11 (sia destro sia sinistro)
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30 (sia destro sia sinistro)
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25 (sia destro sia sinistro)
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15 (sia destro sia sinistro)
Per la perdita di un testicolo	0 (sia destro sia sinistro)
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5 (sia destro sia sinistro)
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	destro 50
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	sinistro 40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	destro 40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	sinistro 30
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale	destro 85
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale	sinistro 75
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore	destro 80
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore	sinistro 70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	destro 75
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	sinistro 65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	destro 70
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	sinistro 60
Perdita di tutte le dita della mano	destro 65
Perdita di tutte le dita della mano	sinistro 55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	destro 35
Perdita del pollice e del primo metacarpo	sinistro 30
Perdita totale del pollice	destro 28
Perdita totale del pollice	sinistro 23
Perdita totale dell'indice	destro 15
Perdita totale dell'indice	sinistro 13
Perdita totale del medio	12 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale dell'anulare	8 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale del mignolo	12 (sia destro sia sinistro)
Perdita della falange ungueale del pollice	destro 15
Perdita della falange ungueale del pollice	sinistro 12
Perdita della falange ungueale dell'indice	destro 7
Perdita della falange ungueale dell'indice	sinistro 6
Perdita della falange ungueale del medio	5 (sia destro sia sinistro)
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3 (sia destro sia sinistro)
Perdita della falange ungueale del mignolo	5 (sia destro sia sinistro)
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	destro 11

Descrizione	Percentuale
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	sinistro 9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8 (sia destro sia sinistro)
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6 (sia destro sia sinistro)
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8 (sia destro sia sinistro)
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in semipronazione	destro 30
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in semipronazione	sinistro 25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in pronazione	destro 35
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in pronazione	sinistro 30
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in supinazione	destro 45
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° in supinazione	sinistro 40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	destro 25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75° quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	sinistro 20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	destro 55
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	sinistro 50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in semipronazione	destro 40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in semipronazione	sinistro 35
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in pronazione	destro 45
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in pronazione	sinistro 40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in supinazione	destro 55
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in supinazione	sinistro 50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	destro 35
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	sinistro 30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	destro 18
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	sinistro 15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in semipronazione	destro 22
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in semipronazione	sinistro 18
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in pronazione	destro 25
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in pronazione	sinistro 22
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in supinazione	destro 35
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in supinazione	sinistro 30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80 (sia destro sia sinistro)
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65 (sia destro sia sinistro)
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55 (sia destro sia sinistro)
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50 (sia destro sia sinistro)
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30 (sia destro sia sinistro)
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16 (sia destro sia sinistro)
Perdita totale del solo alluce	7 (sia destro sia sinistro)
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3 (sia destro sia sinistro)
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35 (sia destro sia sinistro)
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20 (sia destro sia sinistro)

Descrizione	Percentuale
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	II (sia destro sia sinistro)

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

ALLEGATO 2: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

N.	Classe	Gruppo	Intervento Chirurgico
1	VI	Faccia e bocca	Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
2	V	Faccia e bocca	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia
3	V	Faccia e bocca	Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
4	V	Faccia e bocca	Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del pavimento del nervo facciale
5	V	Faccia e bocca	Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale sottomascellare
6	V	Faccia e bocca	Resezione della mandibola per neoplasia
7	V	Faccia e bocca	Resezione del mascellare superiore per neoplasia
8	VI	Otorinolaringoiatra	Naso: intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
9	VI	Otorinolaringoiatra	Laringe: a) Laringectomia totale b) Faringo-laringectomia
10	VI	Otorinolaringoiatra	Orecchio: antro-atticotomia
11	VI	Otorinolaringoiatra	Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne
12	VI	Otorinolaringoiatra	Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
13	VI	Otorinolaringoiatra	Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
14	V	Oculistica	Iridocicloretrazione per glaucoma
15	VI	Collo	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
16	VI	Collo	Timectomia per via cervicale
17	VI	Collo	Resezione dell'esofago cervicale
18	V	Esofago	Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
19	VI	Esofago	Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali
20	V	Esofago	Esofagoplastica
21	VI	Torace e chirurgia toracica	Lobectomia
22	VI	Torace e chirurgia toracica	Pneumonectomia
23	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
24	VI	Torace e chirurgia toracica	Pleuropneumonectomia
25	VI	Torace e chirurgia toracica	Resezione bronchiale con reimpianto
26	V	Torace e chirurgia toracica	Timectomia per via toracica
27	V	Torace e chirurgia toracica	Toracoplastica totale
28	V	Torace e chirurgia toracica	Pericardiectomia parziale o totale
29	V	Torace e chirurgia toracica	Suture del cuore per ferite
30	V	Torace e chirurgia toracica	Interventi per corpi estranei del cuore
31	VI	Torace e chirurgia toracica	Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
32	VI	Torace e chirurgia toracica	Derivazione aortopolmonare
33	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi per fistole arterovenose del polmone
34	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi a cuore aperto
35	VI	Torace e chirurgia toracica	Bypass aorto-coronarico
36	V	Torace e chirurgia toracica	Commissurotomia
37	VI	Stomaco – Duodeno	Gastrectomia totale per neoplasie maligne
38	V	Stomaco – Duodeno	Resezione gastro-digunale per ulcera peptica post-anastomotica
39	VI	Intestino	Colectomia totale
40	V	Intestino	Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali
41	VI	Intestino	Procto-colectomia con confezione di "reservoir"

N.	Classe	Gruppo	Intervento Chirurgico
42	IV	Retto – Ano	Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o in più tempi
43	VI	Fegato e vie biliari	Resezioni epatiche maggiori
44	VI	Fegato e vie biliari	Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
45	V	Fegato e vie biliari	Deconnessione azygos-portale per via addominale
46	VI	Pancreas e milza	Interventi per necrosi acuta del pancreas
47	V	Pancreas e milza	Interventi per cisti e pseudo-cisti
48	VI	Pancreas e milza	Interventi per fistole pancreatiche
49	VI	Pancreas e milza	Interventi demolitivi sul pancreas
50	VI	Pancreas e milza	Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
51	VI	Pancreas e milza	Duodeno-cefalopancreatectomia con o senza linfadenectomia
52	V	Pancreas e milza	Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
53	VI	Pancreas e milza	Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas
54	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche
55	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
56	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
57	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Operazioni per encefalo-meningocele
58	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi simili (stereotassi)
59	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
60	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
61	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Emisferectomia
62	V	Sistema nervoso centrale e periferico	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
63	V	Chirurgia vascolare	Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco braccio-cefalico, iliache
64	VI	Chirurgia vascolare	Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
65	VI	Chirurgia pediatrica	Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
66	VI	Chirurgia pediatrica	Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
67	VI	Chirurgia pediatrica	Nefrectomia per tumore di Wilms
68	VI	Ortopedia – Articolazione	Disarticolazione interscapolo toracica
69	VI	Ortopedia – Articolazione	Emipelvectomy
70	V	Ortopedia – Articolazione	Artroplastica delle grandi articolazioni
71	VI	Ortopedia – Articolazione	Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
72	VI	Ortopedia – Articolazione	Osteosintesi vertebrale
73	VI	Ortopedia – Articolazione	Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
74	V	Ortopedia – Articolazione	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
75	VI	Ortopedia – Articolazione	Ricostruzione del pollice in microchirurgia
76	V	Ortopedia – Articolazione	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
77	V	Ortopedia – Articolazione	Artroprotesi carpale
78	V	Ortopedia – Articolazione	Amputazione grandi segmenti

N.	Classe	Gruppo	Intervento Chirurgico
79	VII	Ortopedia – Articolazione	Reimpianti di arto o suo segmento
80	V	Urologia	Intervento per fistola vescico-rettale
81	VI	Urologia	Intervento per estrofia della vescica
82	VI	Urologia	Cistectomia totale, ureterosigmoidostomia
83	V	Urologia	Uretero-ileo-anastomosi (o colo)
84	VI	Urologia	Nefrectomia allargata per tumore
85	VI	Urologia	Nefro-ureterectomia totale
86	VI	Urologia	Surrenalectomia
87	VI	Urologia	Prostatectomia radicale per neoplasia con linfadenectomia
88	V	Urologia	Amputazione totale del pene con linfadenectomia
89	V	Apparato genitale maschile	Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
90	V	Ginecologia	Panistherectomia radicale per via addominale per tumori maligni
91	V	Ginecologia	Mastectomia radicale con linfadenectomia
92	VII	Ginecologia	Vulvectomy allargata con linfadenectomia
93	VII	Trapianti d'organo	Tutti

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 06/02/2026

È un prodotto di

