

Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

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



Prodotto "Mediolanum Protezione Salute"

Data di aggiornamento 06/02/2026. Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 - Basiglio (MI); tel. 02.9049.1; sito internet: www.mediolanumassicurazioni.it; e-mail: info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it; PEC: mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it.

Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi – Società con unico Socio.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, il patrimonio netto dell'impresa è pari a € 57.520.549,60 e il risultato economico di periodo è pari a € 19.698.527,27.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è 210,88%. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (<https://www.mediolanumassicurazioni.it/relazione-solvibilita-condizione-finanziaria>).

Al contratto si applica la Legge Italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

- Per tutte le garanzie, previste da questa polizza, l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme massime pagabili (i massimali), contrattualmente previste o concordate con il contraente.
- È applicato uno sconto del 2% se oltre alla garanzia Base è sottoscritta almeno un'ulteriore garanzia a scelta dell'Assicurato. È applicato un ulteriore sconto del 5% per ogni Assicurato oltre il primo, con il massimo del 20% di sconto.
- La Compagnia può applicare sconti sul premio alle polizze fatte da: suoi dipendenti o collaboratori continuativi; dipendenti, consulenti finanziari o collaboratori continuativi del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del conglomerato finanziario Mediolanum. Queste condizioni vengono applicate anche a: rispettivi coniugi e parenti in linea retta, collaterale e affini entro il secondo grado. La Compagnia o il distributore, quest'ultimo solo su autorizzazione e in accordo con la Compagnia stessa, possono applicare sconti sul premio sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, non ci sono ulteriori cause di non assicurabilità, cioè motivi che impediscono l'apertura della polizza.



Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI per tutte le garanzie. Oltre a quanto indicato nel Dip Danni, si elencano i casi in cui ogni persona assicurata **NON** può chiedere l'indennizzo per le spese sanitarie: eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni e relative complicità che esistevano già prima della data da cui è attiva la polizza; pratica di sport, partecipando a allenamenti, competizioni o gare in cui è previsto l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto aereo, compresi deltaplano, paracadute, parapendio, kitesurfing, elibike; infortuni dovuti alla pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, free climbing, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, speleologia, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, bungee jumping, torrentismo, motocross, trial, hydrospeed, canyoning, freestyle ski, supermotard; acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici (es busti e corsetti) e terapeutici (es elettrostimolatore) o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (es carrozzine per disabili), se non previsti dalle garanzie attivate per la persona

assicurata; trattamenti con finalità estetica, se non necessari a seguito di Infortunio o di neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo; prestazioni e terapie per dimagrire, omeopatiche e fitoterapiche e quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale, in particolare le cure che prevedono l'uso di cellule staminali che non hanno superato le fasi di sperimentazione clinica (se non autorizzate da un magistrato) o che non rientrano nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, che siano naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X), tranne quelle che dipendono da terapie mediche per le garanzie attivate per la persona assicurata; conseguenze di terremoti o movimenti sismici e eruzioni vulcaniche; conseguenze di guerre, insurrezioni, atti terroristici e tumulti popolari (esempio guerriglia urbana, manifestazioni violente), questi ultimi solo se la persona assicurata vi ha partecipato attivamente; infortuni che sono conseguenti a scioperi, rivoluzioni, sommosse, saccheggi e atti di vandalismo.	
SCOPERTI. Oltre a quanto indicato nel Dip Danni, si elencano i casi in cui l'indennizzo viene ridotto e una parte delle spese non è rimborsata (quindi rimane a carico della persona assicurata) perché le prestazioni sono fatte fuori network, cioè presso strutture sanitarie o con medici non convenzionati con AON. Garanzia Base: in caso di ricovero, non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 250 e un massimo di € 5.000. Anche in caso di parto e interventi chirurgici particolari, non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 250 e un massimo di € 750. Garanzie aggiuntive di 1° livello Opzione A - Interventi chirurgici ambulatoriali, ricovero in Day Hospital, Interventi chirurgici in Day Surgery: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 250 e senza un limite massimo. Opzione B - Prestazioni pre e post ricovero: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 per ogni singola prestazione e senza un limite massimo. Garanzie aggiuntive di 2° livello Opzione C - Visite mediche specialistiche: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 per singola prestazione, cioè ogni visita o accertamento, e senza un limite massimo. Opzione D - Accertamenti diagnostici: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 per singola prestazione, cioè ogni visita o accertamento, e senza un limite massimo. Garanzie aggiuntive di 3° livello Opzione E - Cure fisiokinesiterapiche: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 per singola prestazione (ogni ciclo di 10 trattamenti dello stesso tipo previsti da un'unica prescrizione medica) e senza un limite massimo. Se viene prescritto un numero minore di trattamenti, il limite minimo di € 50 viene ridotto in proporzione al numero di sedute che si deve fare. Opzione F - Lenti e occhiali: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 e senza un limite massimo. Opzione G - Cure odontoiatriche: non viene rimborsato il 25% delle spese, con un minimo di € 50 per singola prestazione e senza un limite massimo.	
 A chi è rivolto questo prodotto?	
È l'assicurazione pensata per offrire una copertura sanitaria che protegge la salute della persona e della famiglia, fino a un massimo di 5 persone, con due diverse formule di copertura "Variabile per Età" e "Vita Intera". Se si sceglie la formula "Variabile per Età" possono essere assicurate tutte le persone che hanno meno di 70 anni compiuti, mentre se si sceglie la formula "Vita Intera" è possibile assicurare chi ha tra 3 e 70 anni compiuti.	
 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita dal distributore Banca Mediolanum con riferimento al flusso commissionale dell'intero prodotto è pari al 27,5%.	
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami verso Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dovranno essere indirizzati a: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via Ennio Doris - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20079 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it. La Compagnia fornisce riscontro al reclamante entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è obbligatorio, in alternativa alla mediazione, prima di procedere con una causa civile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, in alternativa all'Arbitro Assicurativo, prima di procedere con una causa civile.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- La quantificazione dell'indennizzo definitivo spettante all'assicurato a seguito del sinistro, può essere demandato dalle Parti a due medici, nominati uno per parte. Se tra loro non c'è accordo ne viene scelto insieme un terzo. Se non c'è accordo sulla scelta, quest'ultimo viene indicato dal consiglio dell'ordine dei medici che è competente (in termini giuridici ha giurisdizione) nel luogo in cui si dovranno riunire i 3 medici, cioè il Comune dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicino a dove la persona assicurata ha la residenza. Alle decisioni non ci si potrà opporre (in termini giuridici le decisioni sono vincolanti e non impugnabili) e non si potrà nemmeno chiedere una nuova valutazione tranne nei casi in cui ci sia stata violenza, volontà di danneggiare una delle parti, errore o violazione di accordi contrattuali. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al premio è applicata l'imposta del 2,5% per le garanzie che coprono i casi di malattia o infortunio. Mentre per la garanzia Servizio di assistenza per infortunio e malattia è applicata un'imposta del 10%. Il premio versato non è detraibile. Le somme pagate da Mediolanum Assicurazioni sono esenti da IRPEF (Imposta sul reddito delle persone fisiche) e dall'imposta sulle successioni.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il contraente (o la persona assicurata quando non coincidono) è stato in precedenza affetto da patologie oncologiche – il cui trattamento attivo si è concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi – non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (per esempio visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da 10 a 5 anni, nel caso in cui la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet della Compagnia al seguente link https://www.mediolanumassicurazioni.it/aggiornamento-diritto-all-oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il contraente che prima della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione ha fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui è stato in precedenza affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, invia il prima possibile alla Compagnia o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è trascorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le eventuali informazioni già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del contraente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il contraente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o della persona assicurata ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
---	--

AVVERTENZA

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