



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

Mediolanum Polizza Protezione Mutuo
Modulo di adesione alla Polizza Collettiva numero 981/52/4304232
stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Data di ultimo aggiornamento 08/05/2026

Richiesta mutuo Numero _____

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

Agevolazioni

CODICE AGEVOLAZIONE _____

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

Sezione relativa all'Aderente/Assicurando 1

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Provincia _____

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

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

* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo

Numero Questionario _____

Questionario sanitario

L'assicurando dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo UE 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali, in particolare di quelli relativi alla salute, necessari per la stipula della polizza, nonché per la successiva fase di gestione ed esecuzione contrattuale e per i quali è richiesta una manifestazione esplicita di consenso.

Il consenso al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari si intende prestato con esclusione delle informazioni relative a patologie oncologiche per le quali l'interessato abbia maturato il diritto all'oblio ai sensi della normativa vigente.

Firma dell'Assicurando o di chi ne esercita la rappresentanza _____

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 Numero 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni o subire indagini – ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari – relative a patologie oncologiche dalle quali è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo (cioè la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico) si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, oppure 5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti.

Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento attivo per i seguenti tipi di tumore.

- 1 anno per tumore a: 1) colon-retto, stadio I, diagnosticato a qualsiasi età; 2) mammella, stadio I-II, diagnosticato a qualsiasi età; 3) testicolo, diagnosticato a qualsiasi età; 4) tiroide, per le donne diagnosticato prima del compimento dei 55 anni di età e per gli uomini prima del compimento dei 45 anni di età. Sono esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi;
- 5 anni per tumore a: 1) utero (corpo), diagnosticato a qualsiasi età; 2) linfomi di Hodgkin, diagnosticati prima del compimento dei 45 anni di età; 3) leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi), diagnosticate a qualsiasi età;
- 6 anni per tumore a: 1) utero (collo) e 2) melanoma, diagnosticati oltre il compimento dei 21 anni di età;
- 7 anni per tumore al colon-retto, stadio II-III, diagnosticato oltre il compimento dei 21 anni di età.

Qualora informazioni relative a patologie oncologiche venissero riportate dall'assicurando durante la fase assuntiva, le stesse si intendono riferite ad una patologia in atto.

Se la Compagnia è in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurando può esercitare il diritto all'oblio oncologico presentando un'apposita istanza a: una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, un medico dipendente del SSN nella disciplina relativa alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio, il proprio medico di medicina generale o ancora un pediatra di libera scelta.

La certificazione viene rilasciata senza costi entro 30 giorni dalla richiesta e deve essere inviata alla Compagnia mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata).

In questo caso, la Compagnia non potrà più utilizzare le informazioni per determinare le condizioni contrattuali e procede alla loro cancellazione entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione.

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

• è mai stato affetto da:

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

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

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

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

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

Avvertenze:

- prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'aderente/assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- se l'aderente/assicurando o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad esempio un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- l'aderente/assicurando può chiedere di fare una visita medica per certificare il suo stato di salute, con costi che però sono a suo carico;
- l'aderente/assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari per ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge numero 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi (c.d. diritto all'oblio oncologico).

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Sezione relativa all'Aderente/Assicurando 2

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Provincia _____

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

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

* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo.

Numero Questionario _____

Questionario sanitario

L'assicurando dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo UE 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali, in particolare di quelli relativi alla salute, necessari per la stipula della polizza, nonché per la successiva fase di gestione ed esecuzione contrattuale e per i quali è richiesta una manifestazione esplicita di consenso.

Il consenso al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari si intende prestato con esclusione delle informazioni relative a patologie oncologiche per le quali l'interessato abbia maturato il diritto all'oblio ai sensi della normativa vigente.

Firma dell'Assicurando o di chi ne esercita la rappresentanza _____

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 Numero 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni o subire indagini - ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari - relative a patologie oncologiche dalle quali è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo (cioè la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico) si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, oppure 5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti.

Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento attivo per i seguenti tipi di tumore.

- 1 anno per tumore a: 1) colon-retto, stadio I, diagnosticato a qualsiasi età; 2) mammella, stadio I-II, diagnosticato a qualsiasi età; 3) testicolo, diagnosticato a qualsiasi età; 4) tiroide, per le donne diagnosticato prima del compimento dei 55 anni di età e per gli uomini prima del compimento dei 45 anni di età. Sono esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi;

- 5 anni per tumore a: 1) utero (corpo), diagnosticato a qualsiasi età; 2) linfomi di Hodgkin, diagnosticati prima del compimento dei 45 anni di età; 3) leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi), diagnosticate a qualsiasi età;
- 6 anni per tumore a: 1) utero (collo) e 2) melanoma, diagnosticati oltre il compimento dei 21 anni di età;
- 7 anni per tumore al colon-retto, stadio II-III, diagnosticato oltre il compimento dei 21 anni di età.

Qualora informazioni relative a patologie oncologiche venissero riportate dall'assicurato durante la fase assuntiva, le stesse si intendono riferite ad una patologia in atto.

Se la Compagnia è in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurato può esercitare il diritto all'oblio oncologico presentando un'apposita istanza a: una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, un medico dipendente del SSN nella disciplina relativa alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio, il proprio medico di medicina generale o ancora un pediatra di libera scelta.

La certificazione viene rilasciata senza costi entro 30 giorni dalla richiesta e deve essere inviata alla Compagnia mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata).

In questo caso, la Compagnia non potrà più utilizzare le informazioni per determinare le condizioni contrattuali e procede alla loro cancellazione entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione.

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

• è mai stato affetto da:

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

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

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

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

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

Avvertenze:

- prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'aderente/assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- se l'aderente/assicurato o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad esempio un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- l'aderente/assicurato può chiedere di fare una visita medica per certificare il suo stato di salute, con costi che però sono a suo carico;
- l'aderente/assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari per ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge numero 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi (c.d. diritto all'oblio oncologico).

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

Adesione alla polizza

IL PREMIO DI POLIZZA

Ogni Aderente/Assicurando, dichiara di voler aderire alla Polizza collettiva numero 981/52/4304232 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Il Premio unico e anticipato è determinato dalla somma dei premi relativi alle componenti A e B indicate di seguito.

Lavoratore Dipendente Privato

- A) Premio per le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia: Importo Mutuo Finanziato x durata del Mutuo* x 0,1038%.
- B) Premio per le garanzie Malattia Grave e Perdita di lavoro: Prima rata di Ammortamento x 295%.

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

- A) Premio per le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia: Importo Mutuo Finanziato x durata del Mutuo* x 0,1038%.
- B) Premio per le garanzie Malattia Grave e Grande Intervento Chirurgico: Prima rata di Ammortamento x 295%.

COME PAGARE IL PREMIO DI POLIZZA

Il premio di polizza da pagare pari ad euro _____ sarà aggiunto all'importo richiesto a titolo di mutuo e successivamente sottratto dall'importo erogato.

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

* Comprensiva del periodo di preammortamento, se superiore a 30 giorni.

Resta inteso che, se cambiano le condizioni del mutuo (l'importo di mutuo finanziato, la durata e il suo tasso di interesse), l'importo del premio o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche.

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

RIEPILOGO DEL PREMIO DI POLIZZA

Garanzie scelte Assicurando 1	Premio Lordo*
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
Totale Assicurando 1	€
Garanzie scelte Assicurando 2	
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
Totale Assicurando 2	€
TOTALE PREMIO* =	€

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

DA QUANDO SI È ASSICURATI

In considerazione delle finalità della polizza e dell'esigenza manifestata dall'Aderente, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di stipula del mutuo (data iniziale), anche in caso di collocamento della polizza a distanza.

Fermi i limiti previsti contrattualmente, la garanzia "Invalità Permanente da Infortunio o Malattia" sarà operante fino alla data di scadenza del mutuo originariamente convenuta. Tutte le altre garanzie saranno operanti per i primi 15 anni del mutuo, con possibilità – per mutui di durata superiore a 15 anni – di essere prolungate annualmente con pagamento di un premio annuo, tacitamente rinnovabile sino alla scadenza del mutuo.

Ogni Aderente/Assicurando prende atto della possibilità di cambiare idea e chiudere la polizza, cioè recedere dal contratto. Il diritto di ripensamento può essere fatto valere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza (cioè da quando viene stipulato il mutuo), come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre, prende atto che, trascorso detto periodo, ha la possibilità di bloccare il rinnovo della polizza ogni anno, cioè disdirla, con un preavviso minimo di 60 giorni prima della ricorrenza annuale del contratto e sarà comunque coperto fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui ha esercitato tale diritto, dopodiché la Polizza verrà chiusa.

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

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

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

Dichiarazioni e firme

Ogni Aderente/Assicurando

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

NON CARTACEA (file pdf) CARTACEA

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

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

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

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di aver ricevuto il documento contenente le "Informazioni sui requisiti di accessibilità", pubblicato nella versione tempo per tempo aggiornata sul sito www.mediolanumassicurazioni.it, e di essere consapevole che qualora la documentazione informativa precontrattuale o contrattuale di interesse che compone il Set Informativo presente sui canali digitali del Soggetto Distributore e della Compagnia (es. sito internet o app mobile) non fosse accessibile (e cioè utilizzabile anche da persone che hanno limitazioni fisiche, psichiche o

sensoriali, anche temporanee) o fosse accessibile solo in parte (rispetto a quanto stabilito dalla normativa applicabile) per conoscerne il contenuto sarà possibile rivolgersi al Family Banker o al Customer Banking Center di Banca Mediolanum quali canali alternativi.

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

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

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

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

Condizioni da approvare in modo specifico

Ogni Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni che riguardano la copertura assicurativa ed, in particolare: Articolo 1 "Chi può essere assicurato"; Articolo 5 "Chi non può essere assicurato"; Articolo 9 "Casi in cui non si ha diritto all'indennizzo (le esclusioni)"; Articolo 9.1 "Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Malattia grave"; Articolo 9.2 "Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)"; Articolo 11 "Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del sinistro)"; Articolo 16 "Da quando non si è più assicurati"; Articolo 18 "Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)"; Articolo 31 "Il sistema alternativo per risolvere i disaccordi (l'arbitrato)".

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

Spazio riservato ai soggetti incaricati della distribuzione per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di Adesione (che dovrà essere effettuata alternativamente dal Consulente Finanziario o dal Credit Specialist, con relativa firma)

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

Codice _____ Codice Area _____ Firma _____

Cognome e Nome del Credit Specialist _____

Codice _____ Firma _____

Il Credit Specialist è di supporto nella trattativa con il Contraente? SI NO

Cognome e Nome _____ Codice _____

Definizioni

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

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

NON LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:

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

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

– **Lavoratore Dipendente Pubblico (esempio 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 scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli istituti autonomi Case Popolari, le camere di commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura e loro associazioni, tutti gli Enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti di Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie che svolgono attività a carattere tecnico-operativo di interesse nazionale e che operano al servizio delle amministrazioni pubbliche anche regionali e locali. Sono anche considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli Enti pubblici parastatali come previsti dalla legge.

– **Non Lavoratore (esempio 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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO