

Condizioni di Assicurazione

Mediolanum Protezione Autonomia

Contratto di assicurazione per i rischi di non autosufficienza

Edizione 01/10/2026

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 che protegge chi perde l'autosufficienza per infortunio o per malattia, compreso il morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica. Stiamo parlando di Mediolanum Protezione Autonomia.

A COSA SERVE

È la nostra polizza per proteggere la persona assicurata che non dovesse essere più capace di svolgere da sola, cioè senza il costante aiuto di un'altra persona, almeno 3 di queste elementari azioni della vita di tutti i giorni: lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi.

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone che hanno tra 20 e 70 anni compiuti al momento della firma del modulo di proposta.

COSA OFFRE

Questa polizza prevede sempre la sottoscrizione della garanzia Non autosufficienza. Oltre a questa garanzia possono essere attivate 2 opzioni: "Annulla franchigia" e "Non autosufficienza parziale". In aggiunta, forniamo sempre la garanzia Assistenza in collaborazione con la Struttura Organizzativa che prevede, tra l'altro, prestazioni sanitarie e non sanitarie.

LIMITI E ESCLUSIONI

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

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.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Amministratore Delegato
Alberto Rossi

INDICE

	GLOSSARIO.....	4 di 19
	CHE COSA/CHI È ASSICURATO?.....	6 di 19
	Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Autonomia.....	6 di 19
	Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Protezione Autonomia.....	6 di 19
	Art. 3. Domande per valutare lo stato di salute della persona assicurata (il Questionario Sanitario)	6 di 19
	Art. 4. Garanzie, opzioni previste e somme massime pagabili (i massimali).....	7 di 19
	Art. 4.1 Garanzia Non autosufficienza (garanzia base obbligatoria).....	7 di 19
	Art. 4.2. Opzione “Annulla franchigia”	8 di 19
	Art. 4.3. Opzione “Non autosufficienza parziale”	8 di 19
	Art. 4.4. Garanzia Assistenza (sempre inclusa)	8 di 19
	CHE COSA NON È ASSICURATO?	9 di 19
	Art. 5. Chi non può essere assicurato	9 di 19
	CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	10 di 19
	Art. 6. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l’indennizzo (periodi di carenza)	10 di 19
	Art. 7. Dove sono valide le garanzie	10 di 19
	Art. 8. Casi in cui non si ha diritto all’Indennizzo (le esclusioni)	10 di 19
	CHE OBBLIGHI HO?	11 di 19
	Art. 9. Dichiarazioni del contraente e della persona assicurata.....	11 di 19
	Art. 10. Aggravamento e diminuzione del rischio.....	11 di 19
	Art. 11. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)	12 di 19
	Art. 11.1. Quando e come si attiva la garanzia Assistenza.....	13 di 19
	Art. 12. Obblighi della persona assicurata in caso di sinistro.....	13 di 19
	Art. 13. Come la Compagnia valuta e liquida il Sinistro.....	13 di 19
	Art. 14. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza.....	15 di 19
	QUANDO E COME DEVO PAGARE?	15 di 19
	Art. 15. Il Premio di polizza	15 di 19
	QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	16 di 19
	Art. 16. Accettazione della proposta e documento di polizza (la conclusione del contratto)	16 di 19
	Art. 17. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)	17 di 19
	Art. 18. Quanto dura la polizza e da quando non si è più assicurati.....	17 di 19
	COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?	17 di 19
	Art. 19. La disdetta della polizza (il recesso)	17 di 19
	ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA	17 di 19
	Art. 20. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione	17 di 19
	Art. 21. Chi può far valere i diritti che derivano dalla polizza	17 di 19



Art. 22. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)	18 di 19
Art. 23. Il Regime fiscale della polizza	18 di 19
Art. 24. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)	18 di 19
Art. 24.1. L'arbitrato	18 di 19
Art. 25. Legge applicabile alla polizza	18 di 19
Art. 26. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui)	18 di 19
Art. 27. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)	19 di 19
Art. 28. Modalità di comunicazione	19 di 19
Art. 29. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)	19 di 19

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.

Compagnia

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

Conglomerato finanziario

L'insieme di Banca Mediolanum e delle società da questa controllate, direttamente o indirettamente.

Contraente

Chi stipula il contratto di assicurazione per proteggere sé stesso e/o un'altra persona; può gestire il contratto e ha obblighi e diritti (per esempio chiedere che venga rinnovato).

Documento di polizza

Il documento che la Compagnia invia al contraente se accetta la sua proposta di polizza. Con questo documento, che prova l'esistenza della polizza, lo informa anche del fatto che la persona assicurata è protetta con le coperture e per le somme che sono riportate sullo stesso e da quando inizia la copertura.

Indennizzo

La somma assicurata scelta dal contraente sul modulo di proposta, che la Compagnia deve pagare in caso di sinistro indennizzabile alla persona assicurata, con i limiti e i massimali previsti dalle singole coperture.

Infortunio

L'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa a una persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili.

Malattia

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (per esempio un infarto). 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

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

Mini Mental State Examination

Test psicotecnico (M.M.S.E. o test di Folstein) per valutare i disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo.

Modulo di Proposta (Proposta di Assicurazione)

Il modulo della Compagnia che deve essere compilato e firmato per chiedere di essere protetti con la Polizza "Mediolanum Protezione Autonomia", contiene informazioni e dichiarazioni rilevanti per la validità della polizza stessa.

Non autosufficienza

L'incapacità fisica totale, riconosciuta come "permanente e consolidata" in via definitiva, cioè tale da escludere in modo ragionevole il possibile miglioramento delle condizioni di salute, di svolgere da soli, cioè senza l'aiuto di un'altra persona, queste 4 azioni elementari della vita di tutti i giorni: lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi.

Persona assicurata

La persona fisica, residente in Italia, che ha tra i 20 e i 70 anni compiuti quando viene compilato il modulo di proposta e che è protetta con le coperture previste dalla polizza (fino a quando la Compagnia non comunica l'attivazione della polizza lo definiamo assicurando). Può coincidere con il contraente. Deve dare informazioni vere e corrette sul suo stato di salute. In caso di sinistro deve rispettare gli obblighi previsti e gli spetta il pagamento dell'indennizzo.

Polizza (contratto di)

Il contratto con cui una compagnia di assicurazione, a fronte del pagamento di una somma prestabilita (il premio), si fa carico della copertura di un rischio al posto della persona assicurata e si obbliga a pagarle l'indennizzo previsto dal contratto stesso se si verifica un evento dannoso (il sinistro).

Premio

La somma di denaro che è necessario versare alla Compagnia per avere le coperture assicurative previste dalla polizza.

Questionario sanitario

Il documento che la persona assicurata deve compilare per fornire alla Compagnia informazioni sul proprio stato di salute. Tali informazioni sono utili e necessarie a stabilire se questa persona può essere protetta.

Sinistro

L'evento dannoso al verificarsi del quale è prestata la copertura assicurativa, se ricorrono le condizioni previste dalla polizza.

Spese medico-sanitarie e assistenziali

Ricomprendono:

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

Struttura Organizzativa

La struttura di Redion Italy Insurance S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago (MI) - composta da responsabili, personale (medici, tecnici e operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non), in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che in virtù di uno specifico accordo, provvede per conto della Compagnia al contatto con la Persona assicurata, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste dalla polizza.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Autonomia

Mediolanum Protezione Autonomia è una *Polizza*, cioè un contratto di assicurazione, tra Mediolanum Assicurazioni (cioè noi o la *Compagnia*) e il *Contraente* per proteggere, e quindi assicurare per un periodo di 10 anni a fronte del pagamento di un *Premio* annuale, la *Persona assicurata* se diventa non autosufficiente, offrendole il rimborso delle spese sanitarie e di assistenza.

! È IMPORTANTE SAPERE

Il *Contraente* deve avere residenza anagrafica in Italia.

Con questa *Polizza* può essere assicurato chi ha la residenza anagrafica in Italia e ha tra 20 e 70 anni compiuti quando viene attivata la *Polizza*.

Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Protezione Autonomia

La *Compagnia* si impegna a indennizzare la *Persona assicurata* rimborsando le *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute ogni mese se per una *Malattia* o un *Infortunio* non è più autosufficiente (cioè si verifica il *Sinistro*) perché

1) in modo permanente e consolidato non è più in grado di compiere da sola, cioè senza il costante aiuto di un'altra persona, almeno 3 di queste 4 azioni elementari della vita di tutti i giorni:

- lavarsi, cioè la capacità di mantenere un livello d'igiene personale adeguato alle proprie abitudini;
- alimentarsi, cioè la capacità di servirsi e di mangiare del cibo che è stato prima preparato e messo a disposizione;
- spostarsi, cioè la capacità di muoversi su una superficie piana, anche con l'aiuto di strumenti di sostegno (per esempio protesi, stampelle o sedie a rotelle);
- vestirsi, cioè la capacità di mettere o togliere i propri vestiti, eventualmente riadattati, o qualsiasi protesi ortopedica che si è abituati a portare.

2) è affetto da Morbo di Alzheimer, o da una simile demenza senile invalidante di origine organica, che comporta l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni elementari della vita di tutti i giorni elencate al punto 1.

Approfondiamo cos'è la demenza senile invalidante

La demenza senile invalidante è una condizione cronica e progressiva che colpisce le funzioni cognitive, emotive e comportamentali a causa di alterazioni strutturali del cervello. Questa forma di demenza, porta a una perdita di autonomia e alla necessità di assistenza nelle attività quotidiane.

Approfondiamo cosa sono l'infortunio e la malattia

L'*Infortunio* è l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa danni fisici obiettivamente riscontrabili (per esempio una caduta dalle scale).

La *Malattia* è l'alterazione dello stato di salute che non dipende da *Infortunio* (per esempio un infarto).

Per le definizioni complete si rimanda al Glossario.

Il *Contraente*, quando compila il *Modulo di proposta*, può decidere di attivare anche le opzioni "Annulla franchigia" che vediamo all'*art. 4.2* e "Non autosufficienza parziale" che vediamo invece all'*art. 4.3*.

Inoltre, questa *Polizza* include SEMPRE la garanzia Assistenza, fornita grazie alla *Struttura Organizzativa*, che prevede prestazioni sanitarie, non sanitarie, di riabilitazione, supporto psicologico e per lavori di adattamento all'abitazione della *Persona assicurata*.

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

Per attivare la *Polizza* la *Compagnia* ha bisogno di fare alcune domande per valutare lo stato di salute della *Persona assicurata*, anche nel rispetto dei diritti previsti della Legge Italiana sul c.d. "oblio oncologico", per questo motivo è necessario compilare un apposito documento (il *Questionario Sanitario*) che è parte integrante della *Polizza*.

In base alle risposte fornite, possiamo chiedere di inviarcì ulteriore documentazione medica per una corretta e completa valutazione del rischio e dello stato di salute della *Persona assicurata*. Queste informazioni ci servono per comunicare al *Contraente*:

- se non attiviamo la *Polizza*, oppure
- se per coprire il rischio di *Non autosufficienza* bisogna pagare un *Premio* più alto di quello comunicato quando ha compilato il *Modulo di proposta* (per esempio perché c'è un rischio sanitario oppure la *Persona assicurata* fa uso di alcol o fumo o non ha uno stile di vita sano). In questo caso, il *Contraente* deve firmare l'apposito documento che gli inviamo e rimandarcelo per comunicarci la sua scelta. Solo a quel punto, se lo accetta, possiamo attivare la *Polizza*.

Se non vuole compilare il *Questionario Sanitario*, la *Persona assicurata* può chiedere di farsi visitare da un medico di sua fiducia, e inviare alla *Compagnia* il relativo referto.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Compagnia* non è MAI obbligata a procedere con l'apertura della *Polizza*, anche senza spiegarne il motivo.

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

Di seguito spieghiamo cosa prevedono le coperture e quali sono le somme massime che paghiamo alla *Persona assicurata* in caso di *Sinistro*.

Art. 4.1 Garanzia Non autosufficienza (garanzia base obbligatoria)

Se la *Persona assicurata* a causa di un *Infortunio* o di una *Malattia* viene riconosciuta come non autosufficiente, la *Compagnia* rimborsa...

MASSIMALI

...le *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute fino al massimo a una somma mensile pari a quella scelta dal *Contraente* sul *Modulo di proposta* tra un minimo di 1.000 e un massimo di 5.000 euro (la somma deve essere sempre indicata con multipli di 100).

➡ Oltre a quanto scritto qui, vanno SEMPRE verificati le esclusioni, i limiti (artt. 6,7, e 8) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 18).

! È IMPORTANTE SAPERE

Il pagamento dei rimborsi inizia SEMPRE dal 4° mese successivo alla denuncia del *Sinistro* di *Non autosufficienza* della *Persona assicurata*, come vediamo anche negli esempi all'art. 13.

Ogni nuova richiesta di rimborso può essere presentata solo dopo che sono passati almeno 30 giorni dalla richiesta precedente.

Per il calcolo del *Massimale* mensile che è possibile rimborsare, si considera la data di presentazione della richiesta di rimborso e non la data di emissione del documento di spesa.

Se con i rimborsi dei mesi precedenti i massimali mensili non sono stati del tutto sfruttati, la *Compagnia* accantona le somme non rimborsate per integrare i pagamenti successivi, finché la *Persona assicurata* rimane non autosufficiente.



Rispondiamo a un dubbio

Nelle spese che vengono rimborsate per la Non autosufficienza sono comprese anche quelle per il pagamento della badante?

Sì, se le spese sono documentate e la prestazione di assistenza della badante è fornita a fronte di un regolare rapporto di lavoro, allora rimborsiamo anche quelle spese, sempre nel rispetto del limite mensile complessivo.



Rispondiamo a un dubbio

Se è stato scelto un massimale mensile di 2.000 euro ma le spese sostenute nel mese sono pari a 700 euro, la Compagnia paga comunque alla persona assicurata tutto il massimale?

No, la garanzia Non autosufficienza non prevede il pagamento di una somma fissa mensile come una rendita, ma il rimborso delle effettive spese sostenute (e documentate) nel corso di un mese. Però, a favore delle persone assicurate, la parte di massimale mensile non pagata non viene persa, ma viene accantonata di mese in mese e può essere usata se per esempio in uno dei mesi successivi le spese superano il massimale previsto.

Art. 4.2. Opzione “Annulla franchigia”

Il *Contraente*, quando compila il Modulo di proposta, può decidere di attivare anche l'opzione Annulla franchigia.

In questo caso, se la *Persona assicurata* viene riconosciuta come non autosufficiente, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... in una sola volta un *Indennizzo*, cioè una somma, pari al triplo del *Massimale* mensile scelto per la garanzia Non autosufficienza.

! È IMPORTANTE SAPERE

Oltre al pagamento di questa somma, alla *Persona assicurata* spetta anche il rimborso mensile delle *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute, come previsto dalla garanzia Non autosufficienza.

Il pagamento viene fatto SEMPRE solo al 4° mese successivo alla denuncia del *Sinistro* di Non autosufficienza della *Persona assicurata*.

Se si chiede di attivare questa opzione bisogna pagare un *Premio* aggiuntivo.

Art. 4.3. Opzione “Non autosufficienza parziale”

Il *Contraente*, quando compila il Modulo di proposta, può decidere di attivare anche l'opzione Non autosufficienza parziale.

In questo caso, se la *Persona assicurata* non è più in grado di compiere da sola in modo permanente e consolidato anche solo 2 delle 4 azioni elementari della vita di tutti i giorni (cioè lavarsi, spostarsi, alimentarsi e vestirsi, come definite all'art. 2), e quindi per noi è “non autosufficiente parziale”, allora la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... in una sola volta un *Indennizzo*, cioè una somma, pari a 10.000 euro.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se dopo il riconoscimento della non autosufficienza parziale c'è un peggioramento delle condizioni di salute, la *Persona assicurata* può chiedere il riesame del suo stato di salute trascorsi almeno 6 mesi dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza parziale. Se viene riconosciuta la *Non autosufficienza* come descritta all'art. 2, allora la *Persona assicurata* ha diritto da quel momento anche al rimborso delle *Spese medico-sanitarie e assistenziali*, come previsto dalla garanzia Non autosufficienza all'art.4.1.

Se si chiede di attivare questa opzione bisogna pagare un *Premio* aggiuntivo.

Art. 4.4. Garanzia Assistenza (sempre inclusa)

Con questa *Polizza* è obbligatorio acquistare la garanzia Assistenza che, attraverso la *Struttura Organizzativa* offre prestazioni di tipo sanitario e non sanitario, di riabilitazione, supporto psicologico e per lavori di adattamento all'abitazione della *Persona assicurata*, se ne ha bisogno dopo che è stata riconosciuta come non autosufficiente.

Vediamo per quali casi la *Struttura Organizzativa* può essere attivata per fornire le prestazioni, mentre la *Polizza* è attiva.

Programma di assistenza e riabilitazione:

1) Servizi non sanitari

che prevede l'invio di personale di servizio per svolgere attività legate alla vita domestica quotidiana, come per esempio pulizie della casa, pagamenti o altre incombenze amministrative, acquisti, sorveglianza di minori o anziani a domicilio.

2) Ausiliaria/Badante

che prevede l'invio al domicilio della *Persona assicurata* di personale qualificato per aiutare la persona inabile o non autosufficiente nello svolgimento delle azioni elementari della vita di tutti i giorni (come, per esempio, lavarsi e mangiare).

3) Servizi sanitari

che prevede l'invio al domicilio della *Persona assicurata* di personale sanitario professionale per eseguire alcuni esami o accertamenti diagnostici, come per esempio

- prelievi del sangue, ecografie, monitoraggio pressorio, elettrocardiogrammi non urgenti;
- consegna/ritiro degli esiti degli esami eseguiti;
- consegna di farmaci urgenti.

4) Riabilitazione domiciliare

che prevede l'invio al domicilio della *Persona assicurata* di personale sanitario professionale per fare cure fisiatriche o riabilitative.

5) Supporto psicologico

che prevede l'organizzazione di una consulenza di supporto psicologico per la *Persona assicurata* o per i suoi familiari "care givers" (cioè che si occupano di lei), oppure il rimborso di simili sedute di supporto psicologico eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente.

Adattamento abitazione

Prevede il rimborso delle spese sostenute per i lavori che la *Persona assicurata* non autosufficiente ha avuto la necessità di fare al suo domicilio per adattare la casa alle sue nuove esigenze.

Con riferimento ai casi elencati sopra, la *Compagnia* copre le spese...

MASSIMALI

... fino a un massimo di 90 giorni e con un limite di 8 ore al giorno, complessivi per le 2 prestazioni Servizi non sanitari e Ausiliaria/Badante;

... fino a un massimo di 90 giorni e con un limite di 4 ore al giorno per i Servizi sanitari;

... fino a un massimo di 90 giorni e con un limite di 2 ore al giorno per la Riabilitazione domiciliare;

... fino a un massimo di 6 sedute o 1.000 euro per il Supporto psicologico;

... fino a 5.000 euro per *Sinistro* per il rimborso delle spese per l'Adattamento abitazione.

➡ Oltre a quanto scritto qui vanno SEMPRE verificati i limiti (artt. 6 e 7) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 18).

! È IMPORTANTE SAPERE

Solo per l'Adattamento abitazione, se la *Persona assicurata* ha richiesto degli incentivi in base a quanto stabilito dalla legge italiana in materia di superamento e eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, il rimborso riguarda solo le somme che superano gli incentivi che le vengono riconosciuti.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 5. Chi non può essere assicurato

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

Se anche dopo che è stata attivata la *Polizza*, la *Persona assicurata* si viene a trovare in uno di questi stati, la copertura finisce e la *Compagnia* non deve rimborsare i premi pagati.

➡ Oltre a quanto scritto qui, devono essere SEMPRE rispettati i requisiti che deve avere la *Persona assicurata* (art. 1).



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 6. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'indennizzo (periodi di carenza)

Quando lo stato di *Non autosufficienza* è dovuto a una *Malattia*, la *Persona assicurata* è coperta solo dopo che sono passati alcuni periodi di tempo da quando è attiva la *Polizza*, cioè dal giorno in cui la *Compagnia* incassa il *Premio*, come indicato nel *Documento di polizza* che manda al *Contraente* (in termini assicurativi si parla di un periodo di carenza).

In particolare, devono essere trascorsi almeno:

PERIODI DI CARENZA

- a) 3 anni, se la *Non autosufficienza* è dovuta all'insorgere del morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica;
- b) 1 anno, se la *Non autosufficienza* è dovuta a malattie diverse da quelle specificate nel punto a.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se la *Non autosufficienza* è dovuta a malattie che si sono manifestate o sono state diagnosticate in uno dei 2 periodi di carenza che abbiamo visto, allora la *Polizza* si chiude in automatico, ma la *Compagnia* rimborsa i premi che sono stati già pagati, al netto delle tasse e delle imposte.

Se la *Non autosufficienza* è dovuta a un *Infortunio* non c'è alcun periodo di carenza e la *Persona assicurata* è protetta fin dal 1° giorno in cui è attiva la *Polizza*.

Art. 7. Dove sono valide le garanzie

La garanzia *Non autosufficienza* e le opzioni "Annulla franchigia" e "Non autosufficienza parziale" sono valide in tutto il mondo.

Le prestazioni di assistenza sono valide in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano.

Art. 8. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo (le esclusioni)

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

ESCLUSIONI

- a) la *Non autosufficienza* che era già presente quando è stata attivata la *Polizza*;
- b) le conseguenze di infortuni, malattie e ogni stato patologico che danno origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data in cui è attiva la copertura (cioè è trascorso il Periodo di Carenza), se la *Persona assicurata* non li ha dichiarati nel *Questionario Sanitario* e non sono stati inclusi dalla *Compagnia* nella copertura con il pagamento di un sovrappremio;
- c) la *Non autosufficienza* dovuta a infortuni causati dalla guida di un qualsiasi veicolo o natante a motore (per esempio 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'evento, si era in possesso di tutti i requisiti previsti per il rinnovo;
- d) gli infortuni e le malattie conseguenti a 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 sostanze psicotrope (per esempio valium, lexotanil, metadone);
- e) la *Non autosufficienza* causata da un'azione volontaria della *Persona assicurata* o del *Contraente* per avere l'*Indennizzo* (cioè con dolo) o causata dalla loro grave imprudenza, negligenza e imperizia (cioè con colpa grave);
- f) l'aver commesso o cercato di commettere volontariamente reati considerati dalla Legge di maggiore gravità (in termini giuridici si parla di delitto doloso e delitto tentato, come previsto dal Codice Penale) oppure aver commesso o permesso a altri di compiere azioni per fare del male alla *Persona assicurata*, oppure ancora dall'aver commesso azioni pericolose che comportano rischi evidenti (generalmente ricompresi sotto il nome di atti temerari). Fanno eccezione tutte le azioni compiute per legittima difesa o per dovere di solidarietà ai sensi di legge;

- g) le conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, guerre, atti terroristici, ribellioni e di tumulti popolari, a questi ultimi solo se la *Persona assicurata* ha partecipato in maniera attiva;
- h) la *Non autosufficienza* per una *Malattia* dovuta a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, che siano naturali o provocati, e a 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*;
- i) i difetti fisici, le malformazioni e le relative complicità di cui la *Persona assicurata* soffriva prima della data da cui è attiva la *Polizza*;
- j) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, la schizofrenia, le forme maniaco-depressive o gli stati paranoici;
- k) la *Non autosufficienza* riconducibile a un volontario rifiuto di seguire prescrizioni mediche;
- l) la *Non autosufficienza* dovuta a contaminazione biologica e/o chimica;
- m) la *Non autosufficienza* conseguente a applicazioni per motivi estetici (per esempio se la *Persona assicurata* si è rifatta il naso), fatte dalla *Persona assicurata* per ragioni psicologiche o personali;
- n) la *Non autosufficienza* derivante dal praticare sport:
 - che la *Persona assicurata* svolge come professione o per cui è comunque pagata;
 - con veicoli e natanti a motore (per esempio motoscafo o moto d'acqua), se la *Persona assicurata* non sta 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 e 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.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 9. Dichiarazioni del contraente e della persona assicurata

Il *Contraente* e la *Persona assicurata* devono fornire dichiarazioni vere, corrette e complete (in termini giuridici non devono rendere dichiarazioni inesatte o reticenti, come previsto dal Codice Civile) su aspetti che influiscono sulla decisione della *Compagnia* di proteggere la *Persona assicurata* oppure no (per esempio la *Persona assicurata* non ha dichiarato di avere una *Malattia*).

Se la *Persona assicurata* non lo fa con l'intenzione di ricevere il pagamento dell'*Indennizzo* quando non ne avrebbe diritto (cioè con dolo) o per grave 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. Aggravamento e diminuzione del rischio

Durante i primi 2 anni da quando la *Polizza* è attiva, il *Contraente* e la *Persona assicurata* devono comunicare per iscritto se la probabilità che si verifichi un *Sinistro* coperto dalla *Polizza* è più alta rispetto a quando è stata sottoscritta. Se questo rischio più alto fosse stato presente al momento della sottoscrizione e la *Compagnia* l'avesse conosciuto avrebbe potuto non aprire la *Polizza* o avrebbe fatto pagare un *Premio* più alto (in termini giuridici si parla di aggravamento del

rischio come previsto dal Codice Civile).

La *Compagnia* può chiudere la *Polizza*, cioè recedere dal contratto, o proporre al *Contraente* che deve accettarlo se vuole mantenerla attiva, un sovrappremio adeguato all'aggravamento del rischio. La chiusura, che la *Compagnia* deve comunicare entro 1 mese da quando ha conosciuto l'aggravamento del rischio, vale dal momento in cui il *Contraente* riceve la comunicazione; la *Compagnia* ha comunque il diritto di incassare il *Premio*.

Se il *Sinistro* si verifica prima che chiudiamo la *Polizza* non paghiamo l'*Indennizzo* oppure lo riduciamo in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo saputo dell'aggravamento prima di attivare la *Polizza*, e non restituiamo il *Premio*.

Quando invece viene comunicata la diminuzione della probabilità che si verifichi un *Sinistro* (c.d. diminuzione del rischio), la *Compagnia* abbassa il *Premio* o i premi successivi alla comunicazione scritta della *Persona assicurata* o del *Contraente*, come previsto dal Codice Civile, ma non chiude la *Polizza*, anche se questa possibilità è prevista dal Codice Civile.

! È IMPORTANTE SAPERE

Non consideriamo come aggravamento del rischio il peggioramento dello stato di salute a seguito di *Malattia*.

Sono invece un aggravamento del rischio l'alcolismo, la tossicodipendenza, la sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e la sieropositività da H.I.V. perché sono stati che avrebbero impedito l'apertura della *Polizza* se presenti e dichiarati al momento della firma del *Modulo di proposta*, come abbiamo visto all'*art. 5*.

GESTIONE DEI SINISTRI

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

Quando si verificano le condizioni per cui la *Persona assicurata* può essere dichiarata non autosufficiente in base all'*art. 2* (o all'*art. 4.3* nel caso sia attiva l'opzione Non autosufficienza parziale), bisogna comunicarlo alla *Compagnia*, cioè denunciare il *Sinistro* per chiedere il riconoscimento della *Non autosufficienza*.

La denuncia deve essere fatta entro 20 giorni da quando se ne ha la possibilità, in uno di questi 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 (o con un altro servizio postale) a Mediolanum Assicurazioni S.p.A., ufficio Si.R.E. - Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio, Milano 3 - Milano



e-mail all'indirizzo sire@mediolanum.it



contattando il Family Banker

È molto importante rispettare questo termine perché la *Compagnia* deve verificare le condizioni della *Persona assicurata* il prima possibile rispetto a quando si è verificato il *Sinistro* e un ritardo potrebbe comprometterne l'accertamento a causa dell'aggravamento delle condizioni di salute. Se questo termine non viene rispettato la *Persona assicurata* potrebbe perdere il diritto all'*Indennizzo* (se lo fa con l'intenzione di ottenere una somma più alta, cioè con dolo) o vederlo ridotto (se lo fa per negligenza, imprudenza o imperizia, cioè con colpa) secondo quanto previsto dal Codice Civile.

! È IMPORTANTE SAPERE

La denuncia del *Sinistro* da inviare alla *Compagnia* entro i 20 giorni deve contenere i 2 moduli "Denuncia di sinistro" e "Referto medico di sinistro", messi a disposizione dalla *Compagnia* per la valutazione dello stato di *Non autosufficienza* della *Persona assicurata*.

Nel momento in cui la *Compagnia* riceve la comunicazione, viene aperta una pratica la cui gestione è affidata a un incaricato (il tutor) che chiede l'ulteriore documentazione necessaria per la gestione del *Sinistro*.

La data di denuncia del *Sinistro* coincide con la data di ricezione della denuncia stessa da parte della *Compagnia*.

Art. 11.1. Quando e come si attiva la garanzia Assistenza

Dopo che accerta la *Non autosufficienza*, la *Compagnia* attiva la *Struttura Organizzativa*, che contatta la *Persona assicurata* per fornire le prestazioni di cui ha bisogno.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Struttura Organizzativa* si riserva la possibilità di chiedere alla *Persona assicurata* ulteriore documentazione medica in caso di specifiche esigenze di gestione del *Sinistro*.

Se dagli eventuali accertamenti risulta che la *Persona assicurata* non ha diritto all'assistenza interrompe subito l'erogazione delle prestazioni.

Art. 12. Obblighi della persona assicurata in caso di sinistro

La *Persona assicurata* quando si verifica un *Sinistro* deve:

- a) sottoporsi in Italia agli accertamenti e ai controlli medici che riteniamo opportuni e fornirci ogni informazione e documentazione sanitaria necessaria, autorizzando per questo motivo i medici che l'hanno in cura (cioè la *Persona assicurata* scioglie il medico dal segreto professionale verso la *Compagnia*).
- b) se la *Non autosufficienza* è dovuta a Morbo di Alzheimer, o a una simile demenza senile invalidante di origine organica, deve sottoporsi al test "*Mini Mental State Examination*" presso uno psichiatra o un neurologo che deve certificare la *Non autosufficienza* se il test ha restituito un punteggio inferiore a 15.

Tutti i costi per i certificati medici e la documentazione che la *Compagnia* richiede per accertare lo stato di *Non autosufficienza* sono a carico della *Persona assicurata*.

Art. 13. Come la Compagnia valuta e liquida il Sinistro

LA VALUTAZIONE

La *Compagnia*, dopo aver ricevuto tutti i documenti che ritiene necessari per valutare la *Non autosufficienza* della *Persona assicurata*, se ne ricorrono i presupposti, riconosce e certifica la *Non autosufficienza* entro 30 giorni.

Se dai dati e dai documenti in suo possesso la *Compagnia* non può riconoscere la *Non autosufficienza*, affida a un medico di sua fiducia il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero e di sottoporre la *Persona assicurata* a ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

In caso di *Non autosufficienza* dovuta a morbo di Alzheimer, o a una simile demenza senile invalidante di origine organica, la *Compagnia* deve anche verificare che il test "*Mini Mental State Examination*" ha avuto come risultato un punteggio inferiore a 15.

! È IMPORTANTE SAPERE

Anche dopo che una richiesta di accertamento della *Non autosufficienza* viene rifiutata, la stessa può essere riproposta alla *Compagnia* e esaminata di nuovo se:

- sono passati almeno 3 mesi dalla risposta di rifiuto della *Compagnia*, e
- vengono inviati nuovi accertamenti sanitari, che devono essere successivi alla data del rifiuto e devono giustificare l'aggravamento dello stato di salute della *Persona assicurata*.

LA LIQUIDAZIONE

Dopo aver ricevuto tutti i documenti che ritiene necessari per riconoscere la *Non autosufficienza* della *Persona assicurata*, e certificarla, la *Compagnia* paga l'*Indennizzo* quando la *Non autosufficienza* è confermata e consolidata in via definitiva, cioè tale da escludere in modo ragionevole il possibile miglioramento delle condizioni di salute.

Il rimborso delle *Spese medico-sanitarie e assistenziali* viene fatto a partire dal 4° mese successivo alla denuncia del *Sinistro* di *Non autosufficienza*, e SOLO a fronte della ricezione della documentazione relativa alle effettive spese sostenute (come abbiamo visto all'art. 4.1).

Se con i rimborsi dei mesi precedenti i Massimali mensili non sono stati del tutto sfruttati, la *Compagnia* accantona le somme non rimborsate per integrare i pagamenti successivi finché rimane non autosufficiente.



Facciamo un esempio

Riassumiamo in pochi passaggi cosa succede dopo che è stato denunciato un *Sinistro* con l'invio di tutti i documenti necessari per stabilire la *Non autosufficienza* della *Persona assicurata*, e come rimborsiamo le spese mediche e assistenziali con un *Massimale* mensile di 2.000 euro.

Mesi trascorsi dalla denuncia del sinistro di non autosufficienza	Somma pagabile	Importo delle spese sostenute	Somma pagata dalla Compagnia	Somme accantonate
1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
4	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
6	€ 6.000	€ 9.000 (superiore alla somma pagabile)	€ 6.000	€ 0
7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
9	€ 6.000	€ 5.500 (inferiore alla somma pagabile)	€ 5.500	€ 500
10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
13	€ 8.500	€ 8.500 (pari alla somma pagabile)	€ 8.500	€ 0
14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Vediamo anche che differenza c'è se sulla *Polizza* è attiva l'opzione *Annulla franchigia*.

Mesi trascorsi dalla denuncia del sinistro di non autosufficienza	Somma pagabile	Importo delle spese sostenute	Somma pagata dalla Compagnia	Somme accantonate
1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
4	€ 2.000 + (2.000 x 3) da opzione annulla franchigia	€ 0	€ 6.000	€ 2.000
5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
6	€ 6.000	€ 9.000 (superiore alla somma pagabile)	€ 6.000	€ 0
7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
9	€ 6.000	€ 5.500 (inferiore alla	€ 5.500	€ 500

Mesi trascorsi dalla denuncia del sinistro di non autosufficienza	Somma pagabile	Importo delle spese sostenute	Somma pagata dalla Compagnia	Somme accantonate
		somma pagabile)		
10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
13	€ 8.500	€ 8.500 (pari alla somma pagabile)	€ 8.500	€ 0
14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Art. 14. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza

La *Compagnia*, se lo ritiene opportuno, può chiedere alla *Persona assicurata* di fare controlli sanitari periodici con medici di propria fiducia per verificarne lo stato di salute, e di presentare la documentazione che ritiene più idonea alla valutazione del *Sinistro*. Se la *Persona assicurata* si rifiuta di sottoporsi ai controlli o di inviare la documentazione richiesta, il pagamento dell'*Indennizzo* viene sospeso.

Se il nuovo accertamento evidenzia il recupero dell'autosufficienza, la *Compagnia* comunica al *Contraente* e alla *Persona assicurata* la sospensione del pagamento dell'*Indennizzo* e il *Contraente* è di nuovo tenuto a pagare il *Premio* a partire dalla prima scadenza successiva alla comunicazione della *Compagnia*, se vuole ancora proteggere la *Persona assicurata*.

Ogni 6 mesi deve essere inviato alla *Compagnia* un documento che attesta l'esistenza in vita della *Persona assicurata*, ma possiamo chiedere di inviarcelo ogni volta che lo riteniamo necessario.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 15. Il Premio di polizza

La somma dovuta alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) è SEMPRE determinata per il periodo di assicurazione di 1 anno. È calcolata in base al *Massimale* scelto, all'età della *Persona assicurata* quando viene firmato il *Modulo di proposta* e alle sue condizioni di salute accertate con il *Questionario Sanitario*.

La somma è dovuta per intero anche se il pagamento avviene con frequenza semestrale o mensile, anziché una sola volta all'anno. Il frazionamento non comporta costi aggiuntivi; la frequenza mensile può essere scelta solo da chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum.

Il primo *Premio* annuale o la sua prima parte (per noi il c.d. Premio da pagare alla firma) devono essere versati quando viene firmato il Modulo di proposta, e possono essere pagati con un'autorizzazione a addebitare direttamente il conto corrente (modalità che però riserviamo solo a chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum) oppure con assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a Mediolanum Assicurazioni S.p.A.. Gli importi di *Premio* successivi possono essere pagati alla *Compagnia* con un'autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (in termini bancari Sepa Direct Debit o SDD), con un assegno bancario o circolare oppure con un bonifico.

Se si sceglie la frequenza mensile del *Premio*, il primo pagamento avviene con addebito diretto sul conto corrente di Banca Mediolanum indicato sul Modulo di proposta. Le mensilità successive invece verranno pagate alla *Compagnia* con SDD.

Ai correntisti di Banca Mediolanum riserviamo un'ulteriore possibilità e cioè: se scelgono la frequenza mensile, il *Premio* di tutto il primo anno in cui si attiva la *Polizza* può essere pagato anche in una sola volta, invece, il pagamento mensile inizia a partire dal secondo anno e per ogni rinnovo annuale successivo.

La *Compagnia* può applicare sconti sul *Premio* alle polizze sottoscritte da: suoi dipendenti o collaboratori continuativi; dipendenti, consulenti finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi del distributore Banca

Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del *Conglomerato Finanziario* Mediolanum. Queste condizioni vengono applicate anche alle polizze fatte dai rispettivi coniugi e parenti in linea retta (per esempio figli), in linea collaterale (per esempio fratelli e sorelle) e affini (per esempio cognati e suocere) entro il secondo grado.

Inoltre, 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.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se mentre la *Polizza* è attiva si verifica un *Sinistro* e la *Persona assicurata* viene riconosciuta come non autosufficiente, la *Compagnia* non potrà più chiedere il pagamento dei premi annui successivi, a meno che la *Persona assicurata* non venga considerata di nuovo autosufficiente a seguito di un riesame delle sue condizioni (come detto all'art. 14).

La *Compagnia* può modificare i premi, aumentandoli al massimo ogni 5 anni, ma solo se i riscontri statistici globali della *Compagnia* evidenziano che sono cambiate le basi tecniche usate per il calcolo della tariffa dei premi (in particolare la probabilità di sopravvivenza delle persone autosufficienti, la probabilità di diventare non autosufficienti e la probabilità di decesso di una persona che è non autosufficiente da un certo numero di anni). In termini giuridici si parla di una clausola di rivedibilità.

Se la *Compagnia* decide di modificare per questo motivo i premi futuri, comunica al *Contraente* il nuovo importo del *Premio* con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla successiva scadenza annuale.

Il *Contraente*, da parte sua, può rifiutare di pagare il *Premio* adeguato inviando alla *Compagnia* una lettera raccomandata, o una PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, almeno 30 giorni prima della stessa ricorrenza annuale, chiedendo di chiudere la *Polizza* (in termini giuridici esercita il proprio diritto di recesso). Se però il *Contraente* non manda la raccomandata o la PEC alla *Compagnia*, allora la *Polizza* rimane attiva e viene chiesto il pagamento del nuovo importo del *Premio*.

Cosa succede se non viene pagato il Premio

Se non viene pagato un *Premio* di *Polizza* successivo al primo o anche solo una sua parte, la copertura viene sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della relativa scadenza e viene riattivata solo dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento o i pagamenti vengono recuperati.

Nei 6 mesi successivi alla scadenza del *Premio* o di una sua parte, la *Compagnia* ha il diritto di chiedere il pagamento di tutto quello che nel frattempo non è stato pagato. Se non lo chiede allora la *Polizza* viene chiusa, come previsto dal Codice Civile.

Trascorsi questi 6 mesi, se il *Contraente* vuole avere di nuovo le coperture assicurative, deve sottoscrivere una nuova *Polizza* (che prevede di nuovo tutti i periodi di carenza previsti all'art. 6) e la *Persona assicurata* deve ricompilare il *Questionario Sanitario*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 16. Accettazione della proposta e documento di polizza (la conclusione del contratto)

La *Compagnia*, dopo aver incassato il *Premio* e valutato le informazioni sullo stato di salute della *Persona assicurata*, comunica per iscritto al *Contraente* di aver accettato la proposta inviandogli il *Documento di polizza* che contiene la data da cui è iniziata la copertura assicurativa e quindi ha attivato la *Polizza*. Da quando il *Contraente* riceve questo documento hanno effetto tutti i diritti e gli obblighi per la *Compagnia*, per il *Contraente* stesso e per la *Persona assicurata*; in termini giuridici, il contratto di assicurazione quindi può dirsi concluso.

! È IMPORTANTE SAPERE

Come previsto dal Codice Civile, il *Contraente* dopo che ha firmato il *Modulo di proposta* si impegna a non cambiare idea, cioè a non revocare la proposta, per 15 giorni dalla data in cui la riceviamo o ci viene inviata (in termini giuridici si dice che la proposta rimane ferma); questo termine è di 30 giorni se occorre fare una visita medica.

La *Compagnia* non è obbligata a attivare la *Polizza* e neppure a comunicare al *Contraente* la sua decisione di non attivarla.

Il *Contraente* può considerare rifiutata o non più valida la sua proposta se non riceve il *Documento di polizza* entro 30



giorni da quando è arrivato nella nostra sede il *Modulo di proposta* o da quando la *Compagnia* chiede di inviare ulteriore documentazione.

Art. 17. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)

Se la *Compagnia* accetta la *Proposta di Polizza*, la *Persona assicurata* è coperta dalle ore 24 del giorno indicato nel *Documento di polizza*, a condizione che sia stato incassato il *Premio*, o la sua prima parte, e siano passati i periodi di Carenza dell'art. 6. Se invece la *Compagnia* non ha ricevuto il pagamento del *Premio*, o della sua prima parte, la *Persona assicurata* è coperta dalle ore 24 del giorno in cui lo incassa.

Art. 18. Quanto dura la polizza e da quando non si è più assicurati

Questa *Polizza* dura 10 anni, e il *Contraente* può chiedere alla *Compagnia* di rinnovarla di 10 anni in 10 anni, fino a quando:

- il *Contraente* stesso oppure la *Compagnia*, quest'ultima nei primi 2 anni, non comunicano di volerla chiudere (come vedremo all'art. 19);
- la *Persona assicurata* muore (in questo caso la *Polizza* si chiude e la *Compagnia* non deve restituire i premi che sono già stati pagati).

! È IMPORTANTE SAPERE

Se il *Contraente* chiede di rinnovare la *Polizza* la *Compagnia* è SEMPRE obbligata a accettare il rinnovo, finché la *Persona assicurata* è viva, alle stesse condizioni valide quando è stata attivata per la prima volta (salvo gli eventuali aggravamenti del rischio e adeguamenti del *Premio* che abbiamo visto agli artt. 10 e 15).



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 19. La disdetta della polizza (il recesso)

Il *Contraente* può chiudere la *Polizza*, cioè disdirla esercitando il diritto di recesso dal contratto con una raccomandata A/R, o con un altro servizio postale, oppure con una e-mail firmata digitalmente a mezzo Posta Elettronica Certificata – PEC, almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale; quindi, la *Polizza* rimane attiva solo fino a quella data. Se non viene inviata la richiesta di recesso, la *Polizza* rimane attiva.

Se il *Contraente* non ha più la residenza anagrafica in Italia, deve comunicarlo alla *Compagnia* che, dopo aver ricevuto la notizia, invia una raccomandata per informarlo che la *Polizza* viene chiusa in occasione della prima ricorrenza annuale successiva alla notizia della variazione di residenza.

! È IMPORTANTE SAPERE

Il *Contraente* può chiudere la *Polizza* dopo ogni *Sinistro* correttamente denunciato, fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*, sempre con Raccomandata A/R, o con altro servizio postale, oppure con PEC firmata digitalmente. In questi casi, il recesso vale (cioè ha effetto) dalla data in cui spedisce la comunicazione.

La *Compagnia*, invece, può decidere di chiudere la *Polizza* dopo un *Sinistro* SOLO se accerta che nei primi 2 anni da quando è attiva la *Polizza* c'è stato un aggravamento del rischio (di cui abbiamo parlato all'art. 10) che il *Contraente* o la *Persona assicurata* non hanno comunicato. In questo caso, il recesso vale SOLO dopo che sono trascorsi 30 giorni dalla data in cui la *Compagnia* ha inviato la comunicazione al *Contraente*.

In tutti i casi appena descritti, la *Compagnia* chiude la *Polizza* entro 30 giorni dalla data da cui ha effetto il recesso.

ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA



Art. 20. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche della *Polizza* devono essere fatte per iscritto.

Art. 21. Chi può far valere i diritti che derivano dalla polizza

In caso di *Sinistro* le azioni, le ragioni e i diritti che derivano da questa *Polizza* possono essere fatti valere solo dal *Contraente*, dalla *Persona assicurata* e dalla *Compagnia*. Spetta alla *Persona assicurata* svolgere tutte quelle azioni

necessarie per l'accertamento delle conseguenze di un *Sinistro* e per consentire alla *Compagnia* di fare il relativo pagamento. Al solo fine di accertare lo stato di *Non autosufficienza*, la *Persona assicurata* non può rifiutarsi di fare quanto richiesto dalla *Compagnia*. L'*Indennizzo* dei sinistri, secondo quanto previsto dalla *Polizza*, può essere pagato dalla *Compagnia* solo alla *Persona assicurata*.

Art. 22. 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, altrimenti lo si perde (cioè si prescrive secondo quanto stabilito dal Codice Civile).

Art. 23. Il Regime fiscale della polizza

Tutte le imposte sul *Premio* relative a questa *Polizza*, previste dalla normativa fiscale, sono a carico del *Contraente*.

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. 24. 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. 24.1. L'arbitrato

Tra i sistemi alternativi di risoluzione stragiudiziale, la *Compagnia* e/o la *Persona assicurata* 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 la *Persona assicurata* 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 alla *Persona assicurata*.

Art. 25. Legge applicabile alla polizza

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

Art. 26. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui)

Se in questa *Polizza* il *Contraente* e la *Persona assicurata* non sono la stessa persona (in termini giuridici si parla di assicurazione per conto altrui), gli obblighi che derivano dalla *Polizza* stessa devono essere adempiuti dal *Contraente*, a meno che non si tratti di quelli che possono essere adempiuti solo dalla *Persona assicurata* (per esempio l'obbligo di



non aggravare le proprie condizioni dopo un *Sinistro*).

Spettano invece SEMPRE e soltanto al *Contraente* i diritti di ripensamento e disdetta (come detto all'*art. 19*), e non serve il consenso della *Persona assicurata*.

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

Come prevede il Codice Civile, se la *Persona assicurata* ha già o sottoscrive polizze anche con altre compagnie assicurative per le stesse coperture previste anche da questa *Polizza*, deve comunicarlo alla *Compagnia*.

In caso di *Sinistro*, per poter ricevere l'*Indennizzo* che gli spetta, bisogna avvisare ciascuna compagnia assicurativa indicando a tutte il nome delle altre; la parte di *Indennizzo* che ogni compagnia deve pagare è ridotta, in proporzione ai criteri previsti dal rispettivo contratto di assicurazione, se la somma di tutti gli indennizzi (tolta la parte che una delle compagnie non dovesse liquidare) supera l'ammontare del danno.

Se non si comunica volontariamente il nome delle altre compagnie assicurative, la *Persona assicurata* perde il diritto all'*Indennizzo*, perché le compagnie, come previsto dal Codice Civile, non sono più tenute a pagarlo.

Se invece vengono avvisate tutte le compagnie, ma una o più non paga la propria parte di *Indennizzo*, la somma dovuta viene divisa tra le altre (che poi potranno chiedere indietro alle compagnie che non hanno pagato quanto anticipato).

Se una compagnia non può pagare la propria parte perché non riesce più a rispettare i propri impegni economici (cioè è insolvente), le altre si dividono il pagamento.

Art. 28. Modalità di comunicazione

La *Compagnia* manda al *Contraente* le comunicazioni relative alla *Polizza* via posta oppure in via telematica all'interno dell'area riservata del servizio Home Insurance (di cui parliamo al successivo *art. 30*), in base alla scelta che fa quando compila il Modulo di proposta. Se sceglie di riceverle nell'area riservata, il *Contraente* deve avere un indirizzo e-mail, su cui viene avisato ogni volta che è disponibile una nuova comunicazione.

Il *Contraente* può comunque sempre cambiare la scelta che ha fatto, chiedendo alla *Compagnia*, anche per il tramite di Banca Mediolanum, di modificare la modalità di ricezione, passando da quella telematica a quella via posta e viceversa.

Art. 29. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)

La *Compagnia* mette a disposizione del *Contraente* un'area riservata nel sito internet per accedere alla posizione assicurativa, in cui trovare i dati principali della *Polizza* e poter operare, per 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 del distributore 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.

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 01/10/2026

È un prodotto di

