

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mediolanum Capitale Autonomia

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER I RISCHI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Edizione 19/05/2023

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Semplici e Chiari" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA e composto dalle principali Associazioni dei consumatori e degli intermediari assicurativi.

È un prodotto di





Gentile Cliente,

per semplificare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, ti presentiamo sinteticamente la polizza Mediolanum Capitale Autonomia indicandone i principali contenuti ed anticipando gli accorgimenti grafici adottati.

✓ **A COSA SERVE**

È pensata per aiutarti in caso di perdita dell'autosufficienza causata da infortunio o malattia, compreso il morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica. Interviene se non dovessi essere più in grado di svolgere in autonomia almeno 3 delle seguenti attività elementari della vita quotidiana - lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi - senza la costante assistenza di una terza persona.

✓ **CHI PUO' SOTTOSCRIVERLA**

Tutte le persone fisiche con un'età compresa tra 20 e 70 anni, compilando l'apposito questionario sanitario. Ha durata decennale rinnovabile per tutta la vita dell'Assicurato.

✓ **COSA OFFRE**

Decorsi 90 giorni dall'accertamento dello stato di non-autosufficienza, riconosce il rimborso delle spese sanitarie, tra un minimo di € 1.000 e un massimo di € 5.000 mensili ed in ogni caso nel limite del massimale che sceglierai, fino alla cessazione dello stato di non autosufficienza. Alla copertura base si accompagna sempre una garanzia di Assistenza per far fronte all'eventuale esigenza di servizi sanitari, non sanitari, di riabilitazione, di supporto psicologico e di adattamento dell'abitazione.

✓ **LIMITI E FRANCHIGIE**

Prevede esclusioni, limitazioni e franchigie che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Inoltre, sono presenti periodi di carenza a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto, durante i quali la polizza non è operante.

Come potrai vedere, abbiamo inserito all'interno delle presenti *Condizioni* alcuni box di consultazione, identificati da simboli facilmente individuabili, per fornire risposte a dubbi e/o quesiti:



Risposte ai dubbi



Esempi esplicativi

Ricorda che tali box non hanno alcun valore contrattuale, ma costituiscono solo un aiuto!

Infine, ti invitiamo a prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante e a quelli in *corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Amministratore Delegato e Rappresentante Legale
Massimo Grandis

INDICE

- GLOSSARIO -

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE -



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUÒ ESSERE ASSICURATO

Art.1. Persone assicurabili..... pag. 6/15

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art.2. Cosa è assicurato..... pag. 6/15

Art.3. Definizione dello stato di Non Autosufficienza..... pag. 6/15

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art.4. Questionario sanitario e valutazione dello stato di salute..... pag. 6/15

Art.5. Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali..... pag. 7/15

Art.5.1.Modalità di erogazione delle prestazioni e limiti..... pag. 7/15

Art.5.2.Opzione "Annulla Franchigia"..... pag. 8/15

Art.5.3.Opzione "Non-Autosufficienza parziale"..... pag. 8/15

Art.6. Massimale assicurato..... pag. 9/15

Art.7. Servizio di assistenza (in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.)..... pag. 9/15

Art.7.1.Programma di assistenza e riabilitazione..... pag. 9/15

Art.7.2.Adattamento abitazione..... pag. 9/15



COSA NON È ASSICURATO?

Art.8. Persone e patologie non assicurabili..... pag.10/15



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art.9. Estensione territoriale..... pag.10/15

Art.10. Periodi di carenza delle coperture e franchigia assoluta..... pag.10/15

Art.11. Esclusioni dall'assicurazione..... pag.10/15



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art.12. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio..... pag.11/15

Art.13. Aggravamento e diminuzione del rischio..... pag.11/15

GESTIONE DEI SINISTRI

Art.14. Denuncia del sinistro - Riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Compagnia..... pag.12/15

Art.15. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza..... pag.12/15

Art.16. Collegio arbitrale..... pag.13/15



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art.17. Premio..... pag.13/15



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art.18. Conclusione dell'assicurazione..... pag.13/15

Art.19. Effetto e decorrenza dell'assicurazione..... pag.13/15

Art.20. Durata dell'assicurazione..... pag.14/15



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art.21. Diritto di recesso..... pag.14/15



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art.22. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione.....	pag.14/15
Art.23. Oneri fiscali.....	pag.14/15
Art.24. Foro competente.....	pag.14/15
Art.25. Rinvio alle norme di legge.....	pag.15/15
Art.26. Assicurazione per conto altrui.....	pag.15/15
Art.27. Altre assicurazioni.....	pag.15/15
Art.28. Home Insurance.....	pag.15/15

GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato

Soggetto indicato nel Documento di Polizza, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Basi tecniche

Le basi tecniche sono costituite dall'insieme degli elementi utilizzati per il calcolo dei premi, in particolare: la probabilità di sopravvivenza delle persone autosufficienti, la probabilità di diventare non autosufficienti e la probabilità di decesso di un assicurato che si trova da un certo numero di anni in stato di Non autosufficienza.

Carenza

Periodo iniziale dell'Assicurazione durante il quale le garanzie non sono operanti.

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. in qualità di società Assicuratrice.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il Contratto e contengono i diritti e doveri delle parti.

Contraente

Soggetto che stipula il Contratto nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Documento di polizza

Documento rilasciato dalla Compagnia, dopo che abbia accettato la Proposta di Assicurazione, che contiene gli elementi essenziali del Contratto e comprovante lo stesso.

Franchigia

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle singole coperture assicurative.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Liquidazione

Pagamento da parte della Compagnia all'Assicurato dell'Indennizzo dovuto al verificarsi del Sinistro.

Malattia

Alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

Massimale

Importo massimo che la Compagnia si obbliga a corrispondere in caso di Sinistro, nei termini previsti dal Contratto.

Mini Mental State Examination

Test psicotecnico (M.M.S.E. o test di Folstein) per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettuale e della presenza di deterioramento cognitivo.

Modulo di Proposta (Proposta di Assicurazione)

Documento sottoscritto dal Contraente per richiedere alla Compagnia la stipulazione dell'Assicurazione.

Non autosufficienza

Incapacità fisica totale, riconosciuta "permanente e consolidata", di svolgere autonomamente, cioè senza l'aiuto di un'altra persona, le seguenti attività ordinarie della vita quotidiana: lavarsi, alimentarsi, spostarsi,



vestirsi.

Parti

Contraente, Assicurato, Compagnia.

Premio

Somma corrisposta periodicamente dal Contraente alla Compagnia per le coperture assicurative prestate.

Questionario sanitario

Documento allegato alla Proposta di Assicurazione che, debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, descrive il suo stato di salute e forma parte integrante del Contratto.

Ricovero

Degenza comportante il pernottamento in Struttura Sanitaria.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Spese medico-sanitarie e assistenziali

- 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 ad esempio infermieri, fisioterapisti, psicomotricisti, psicologi, logopedisti;
- interventi chirurgici;
- accertamenti diagnostici, analisi ed esami di laboratorio;
- terapie;
- acquisto o noleggio di presidi e ausili sanitari;
- acquisto di medicinali;
- cure odontoiatriche.

Struttura Organizzativa

Struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili

La Polizza è prestata in favore di persone fisiche che abbiano un'età **non inferiore ai 20 anni e non superiore ai 70 anni compiuti**.

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato

L'Assicurazione, a fronte del versamento di un *Premio* annuale, garantisce all'Assicurato che si venga a trovare in stato di **Non autosufficienza** (come definito all'art.3), **conseguente a Infortunio o Malattia**, il **rimborso delle Spese medico-sanitarie e assistenziali** sostenute **nei limiti del Massimale mensile assicurato, indicato nel Documento di Polizza**.

A fronte del pagamento del relativo *Premio* aggiuntivo, l'Assicurato può attivare anche l'**opzione facoltativa** denominata "*Non-autosufficienza parziale*" che garantisce il riconoscimento di un *Indennizzo* nei casi in cui l'Assicurato venga a trovarsi in uno **stato di Non autosufficienza** che non integri tutte le condizioni previste dall'art. 3, **purché siano verificate almeno le condizioni indicate nell'art. 5.3**.

In abbinamento alla copertura per la tutela del rischio di *Non autosufficienza*, che costituisce quindi la copertura principale, è **previsto un servizio di assistenza**.

L'Assicurato, riconosciuto non autosufficiente a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, può usufruire delle **prestazioni di assistenza e riabilitazione** nonché ottenere il **rimborso delle spese sostenute per l'esecuzione di lavori di adattabilità** della propria abitazione, resi necessari dallo stato di *Non autosufficienza*, **nei limiti di quanto indicato nel successivo art. 7.1** e relativa Tabella A. Tali prestazioni sono erogate da Europ Assistance Italia S.p.A. tramite la propria *Struttura Organizzativa*.

Art. 3. Definizione dello stato di Non autosufficienza

L'Assicurato è considerato non autosufficiente nel caso in cui:

- 1) **risulti incapace di svolgere e pertanto necessiti di una costante assistenza nel compimento di almeno tre dei seguenti quattro atti "elementari" della vita quotidiana:**
 - **lavarsi**, intendendosi la capacità di mantenere in modo autonomo un livello d'igiene personale confacente alle proprie abitudini;
 - **alimentarsi**, intendendosi la capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
 - **spostarsi**, intendendosi la capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
 - **vestirsi**, intendendosi la capacità di mettere o togliere i propri vestiti, eventualmente riadattati, o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.
- 2) **sia affetto da Morbo di Alzheimer**, o similare demenza senile invalidante di origine organica, **che giustifichi l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana sopra definiti**.

L'accertamento dello stato di Non-Autosufficienza dovrà risultare da appositi referti medici e/o esami strumentali secondo quanto indicato al successivo art. 14.

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art 4. Questionario sanitario e valutazione dello stato di salute

Ai fini della stipulazione dell'Assicurazione è **sempre richiesta la compilazione e la sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario** proposto dalla *Compagnia*. **La Compagnia si riserva in ogni caso la facoltà di richiedere anche l'effettuazione di accertamenti sanitari** qualora lo ritenga opportuno ai fini della corretta valutazione del rischio e/o dello stato di salute dell'Assicurato.

La *Compagnia*, ricevuti la *Proposta di Assicurazione* e il *Questionario Sanitario* si riserva la facoltà di comunicare per iscritto al *Contraente* una controproposta di *Assicurazione* con applicazione di sovrappremio. In tal caso, qualora il *Contraente* intenda comunque procedere con la conclusione del Contratto, accettando

quindi il sovrappremio indicato dalla *Compagnia*, dovrà comunicare la propria adesione in forma scritta; solo a seguito di tale adesione, la *Compagnia* provvederà all'emissione dell'*Assicurazione*.

Resta ferma la facoltà della *Compagnia* stessa di non procedere con la stipulazione dell'*Assicurazione*.

Art. 5. Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali

In caso di riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* (secondo quanto indicato al successivo art. 14) la *Compagnia* **rimborso le Spese medico-sanitarie e assistenziali sostenute nei limiti del Massimale mensile** indicato nel *Documento di Polizza*.



1) Le spese per il pagamento della badante sono comprese nella copertura assicurativa principale?

Sì, le spese per la badante che fornisce prestazioni di assistenza sono comprese, a condizione che siano documentabili e che sussista un regolare rapporto di lavoro.

Art. 5.1. Modalità di erogazione delle prestazioni e limiti

Il rimborso avviene a seguito della consegna da parte dell'*Assicurato* della documentazione relativa alle *Spese medico-sanitarie e assistenziali* sostenute. **Ciascuna nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata decorsi almeno 30 giorni dalla precedente richiesta.**

La *Compagnia*, **decorso il periodo di franchigia assoluta** di cui al successivo art.10 **rimborso nei limiti dei Massimali mensili concordati. Ai fini del rispetto dei Massimali, si considera la data di presentazione della richiesta di rimborso e non la data di emissione del documento di spesa.**

Qualora con i rimborsi precedenti i *Massimali* mensili non siano stati integralmente esauriti, infatti, la *Compagnia* mantiene disponibili le eccedenze non corrisposte ad integrazione dei pagamenti successivi.



Esempio					
Indennità mensile pari a € 2.000					
Note	Mesi	Massimale liquidabile	Somma delle fatture presentate	Liquidazione da parte della Compagnia	Valore dell'accantonamento
<i>Sinistro</i>	Mese 0	-	-	-	-
	Mese 1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 4	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
	Mese 5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture > del Massimale liquidabile	Mese 6	€ 6.000	€ 9.000	€ 6.000	€ 0
	Mese 7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
	Mese 8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture < del Massimale liquidabile	Mese 9	€ 6.000	€ 5.500	€ 5.500	€ 500
	Mese 10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
	Mese 11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
	Mese 12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
Fatture = al Massimale liquidabile	Mese 13	€ 8.500	€ 8.500	€ 8.500	€ 0
	Mese 14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Art. 5.2. Opzione “Annulla Franchigia”

L'opzione, a fronte del versamento del relativo *Premio* annuo, garantisce la *Liquidazione* in unica soluzione di un **importo pari a 3 volte il Massimale mensile prescelto in fase di sottoscrizione**, oltre al rimborso spese mensile previsto al riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 5.1.

La Compagnia in ogni caso inizierà la Liquidazione del Sinistro sempre a partire dal quarto mese successivo a quello di denuncia dello stesso.

L'opzione è operante esclusivamente se scelta nel *Modulo di Proposta*.



Esempio					
Indennità mensile pari a € 2.000 - CON opzione "Annulla Franchigia"					
Note	Mesi	Massimale liquidabile	Somma delle fatture presentate	Liquidazione da parte della Compagnia	Valore dell'accantonamento
<i>Sinistro</i>	Mese 0	-	-	-	-
	Mese 1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 2	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 3	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Mese 4	€ 2.000 + (2.000*3)	€ 0	€ 6.000	€ 2.000
	Mese 5	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture > del Massimale liquidabile	Mese 6	€ 6.000	€ 9.000	€ 6.000	€ 0
	Mese 7	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000
	Mese 8	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 4.000
Fatture < del Massimale liquidabile	Mese 9	€ 6.000	€ 5.500	€ 5.500	€ 500
	Mese 10	€ 2.500	€ 0	€ 0	€ 2.500
	Mese 11	€ 4.500	€ 0	€ 0	€ 4.500
	Mese 12	€ 6.500	€ 0	€ 0	€ 6.500
Fatture = al Massimale liquidabile	Mese 13	€ 8.500	€ 8.500	€ 8.500	€ 0
	Mese 14	€ 2.000	€ 0	€ 0	€ 2.000

Art. 5.3. Opzione “Non-autosufficienza parziale”

L'opzione “Non-autosufficienza parziale” garantisce, a fronte del versamento del relativo *Premio* annuo, il **pagamento di un capitale pari ad € 10.000 al riconoscimento dello stato di “Non autosufficienza parziale”**, da parte della *Compagnia*. Quest'ultimo è da intendersi come **l'impossibilità fisica totale, riconosciuta “permanente e consolidata”, di effettuare in autonomia, cioè senza l'assistenza costante di un'altra persona, almeno due dei quattro atti ordinari della vita quotidiana**, così come definiti ai sensi del precedente art. 3.

Nell'ipotesi di aggravamento delle condizioni di salute che comportino l'incapacità di svolgere un ulteriore atto ordinario della vita quotidiana, l'**Assicurato può chiedere alla Compagnia la revisione dello stato di salute trascorsi almeno 6 (sei) mesi dalla data di denuncia del Sinistro relativo alla “Non autosufficienza parziale”**; in caso di riconoscimento dello stato di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 3 la *Compagnia* provvederà a rimborsare le *spese medico-assistenziali* sostenute a condizione che sia decorso il periodo di *Franchigia* assoluta di 90 giorni.

L'opzione è operante esclusivamente se scelta nel *Modulo di Proposta*.

Art. 6. Massimale assicurato

Il *Massimale* mensile per il rimborso delle *Spese medico-sanitarie* e assistenziali è scelto dal *Contraente* tra un minimo di € 1.000 ed un massimo di € 5.000 (comunque per multipli di € 100) ed è riportato nel Documento di Polizza.



2) Se si disponesse di un *Massimale* mensile di € 2.000 e venissero presentate alla fine del mese spese per un totale di € 700, la *Compagnia* rimborserebbe comunque l'intero *Massimale*?

No, non si riceverebbe dalla *Compagnia* l'intero *Massimale* nel caso in cui le spese mensili documentate risultassero inferiori, poiché la prestazione garantita è un "rimborso spese" e non una "rendita" mensile. Come condizione di maggior favore per l'*Assicurato*, tuttavia, è previsto l'accantonamento delle somme mensili non utilizzate per integrare eventuali pagamenti successivi di importo superiore al *Massimale* mensile.

Art. 7. Servizio di assistenza (in collaborazione con Europ Assistance Italia S.p.A.)

Art. 7.1. Programma di assistenza e riabilitazione

Per l'*Assicurato* che durante il periodo di copertura assicurativa, in seguito al *Sinistro*, necessiti di **servizi sanitari, non sanitari, di riabilitazione e di supporto psicologico**, è a disposizione la *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia S.p.A. che, previo contatto telefonico, fornisce i servizi indicati dalla tabella sotto riportata, **nei limiti dei Massimali di seguito specificatamente indicati**:

Tabella A

Assistenza Erogata	Massimale in Giorni
Servizi non sanitari - Invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita domestica quotidiana, come ad esempio: pulizie della casa, pagamenti o altre incombenze amministrative, acquisti, sorveglianza di minori o anziani a domicilio. Ausiliaria/Badante - Invio di personale assistenziale qualificato presso il domicilio, per aiutare la persona inabile o non autosufficiente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come ad esempio igiene personale, mobilità e alimentazione.	Massimo di 90 gg. con il limite di 8 h al giorno. Tale Massimale è da intendersi complessivo per le prestazioni erogate.
Servizi Sanitari - Invio di personale sanitario professionale al domicilio per eseguire alcuni esami o accertamenti diagnostici, come ad esempio: - prelievi del sangue, ecografie, monitoraggio pressorio, elettrocardiogrammi non urgenti; - consegna/ritiro degli esiti degli esami eseguiti; - invio di farmaci urgenti al domicilio.	Massimo di 90 gg. con il limite di 4 h al giorno.
Riabilitazione domiciliare - Invio di personale sanitario professionale presso il proprio domicilio per eseguire cure fisiatriche o riabilitative.	Massimo 90gg. con il limite di 2 h al giorno.
Supporto psicologico - Organizzazione di una consulenza di supporto psicologico per la persona inabile/non autosufficiente e/o i familiari "care givers", o il rimborso di analoghe sedute di supporto psicologico eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente.	Massimo di 6 sedute o limite di € 1.000.

Art. 7.2. Adattamento abitazione

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *Malattia* e/o *Infortunio* come da certificato medico comprovante il proprio stato di *Non autosufficienza*, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio dei lavori per l'adattabilità della propria abitazione, Europ Assistance Italia S.p.A. provvederà al rimborso delle spese sostenute **fino ad un**



massimo di € 5.000 per **Sinistro**.

Qualora l'Assicurato avesse fatto richiesta degli incentivi in base a quanto stabilito dalla Legge 9 gennaio 1989, n. 13 e successive modifiche, la *Compagnia* riconoscerà, nei limiti del *Massimale* indicato, l'eventuale importo delle spese sostenute eccedente gli incentivi riconosciuti.



COSA NON È ASSICURATO?

Art. 8. Persone e patologie non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal *Questionario Sanitario*, le persone affette da **alcolismo**, **tossicodipendenza**, **sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.)**, sieropositività da H.I.V.

La sopravvenienza nel corso del *Contratto* delle predette patologie causa la cessazione automatica dell'*Assicurazione*, senza obbligo per la *Compagnia* di corrispondere l'*Indennizzo*.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 9. Estensione territoriale

L'*Assicurazione* per il rischio di **Non autosufficienza** ha validità in tutto il Mondo.

In relazione ai servizi di assistenza, invece, è assicurata esclusivamente la persona fisica residente in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, il cui interesse è protetto dall'*Assicurazione*. Le prestazioni per l'adattamento dell'abitazione sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

Art. 10. Periodi di carenza delle coperture e franchigia assoluta

L'*Assicurazione* prevede i seguenti **periodi di Carenza**:

- a) **3 anni**, per il caso di **Non autosufficienza** conseguente all'insorgenza del **morbo di Alzheimer** o **similari demenze senili invalidanti di origine organica**;
- b) **1 anno**, per il caso di **Non autosufficienza** conseguente ad **altre cause di Malattia** differenti da quelle specificate nel punto a).

I casi di **Non autosufficienza** conseguenti a **Malattie** manifestatesi e/o diagnosticate durante il periodo di **Carenza** liberano la *Compagnia* dagli obblighi contrattuali e determinano la risoluzione del *Contratto* e il rimborso al *Contraente* dei *Premi* già incassati, al netto delle imposte.

Per il caso di **Non autosufficienza** conseguente ad **Infortunio** non sono previsti periodi di **Carenza**.

Il rimborso delle spese è corrisposto dopo che sia trascorso il **periodo di Franchigia assoluta di 90 (novanta) giorni**, a partire dalla data di denuncia dello stato di **Non autosufficienza**. A tal fine, si precisa che la *Compagnia* inizierà la **Liquidazione del Sinistro** a partire dal quarto mese successivo a quello di denuncia del **Sinistro** (secondo quanto indicato al successivo art. 1425).

Le spese di cui viene chiesto il rimborso non possono comunque riferirsi a prestazioni rese prima della data di denuncia del **Sinistro** e di scadenza del periodo di **Franchigia**.

Art. 11. Esclusioni dall'assicurazione

L'*Assicurazione* non è operante per:

- a) lo stato di **Non Autosufficienza** preesistente alla data di effetto dell'*Assicurazione*;
- b) le conseguenze di **Infortuni**, le **Malattie** e, in genere, di ogni stato patologico, che abbiano dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure anteriori alla data di effetto dell'*Assicurazione*, salvo che siano state dichiarate dal *Contraente* e/o dall'*Assicurato* nel *Questionario Sanitario*, che deve accompagnare la *Proposta di Assicurazione* e, in tal caso, il *Contraente* abbia aderito alla eventuale controproposta di *Assicurazione* con sovrappremio della *Compagnia* in conformità a quanto disposto dall'art. 4.;
- c) lo stato di **Non autosufficienza** determinato da **Infortuni** derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'*Assicurato* è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento dell'**Infortunio**, i requisiti per il rinnovo;
- d) gli **Infortuni** e le **Malattie** conseguenti ad intossicazione acuta causata da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci e/o sostanze psicotrope);
- e) i casi di **Non autosufficienza** dovuti a dolo o colpa grave del *Contraente/Assicurato*;



- f) i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (Art. 43 del Codice Penale) e gli atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché gli atti temerari. Resta comunque coperto da garanzia lo stato di *Non autosufficienza* determinato da *Infortuni* derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);
- g) le conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, nonché le conseguenze di tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) lo stato di *Non autosufficienza* derivante da *Malattie* causate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche relative a *Infortuni* o *Malattie* indennizzabili a termini di *Contratto*;
- i) i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto del *Contratto* e le relative complicità;
- j) le *Malattie* mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici;
- k) le *Malattie* derivanti da infezione da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- l) lo stato di *Non autosufficienza* imputabile al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- m) lo stato di *Non autosufficienza* derivante da contaminazione biologica e/o chimica;
- n) lo stato di *Non autosufficienza* conseguente ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali;
- o) lo stato di *Non autosufficienza* derivante dalla pratica di sport:
 - costituenti per l'Assicurato attività professionale e/o che comunque comportino una remunerazione;
 - comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, salvo che si tratti di raduni automobilistici e/o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;
 - comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;
 - quali free climbing, salto dal trampolino con sci ed idrosci, motocross, trial, hydrospeed, kitesurfing, elibike, speleologia, sci estremo, skeleton e bobsleigh;
- p) gli infortuni subiti dall'Assicurato su aeromobili di Compagnia/Aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub;
- q) sono comunque esclusi gli infortuni occorsi durante o conseguenti alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 12. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le **dichiarazioni inesatte o le reticenze** del *Contraente* o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della *Compagnia*, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'Assicurazione** ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 13. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'Assicurato devono dare **comunicazione scritta alla Compagnia** di ogni **aggravamento del rischio**, intervenuto nei primi due anni dalla stipulazione dell'Assicurazione. **Durante tale periodo, gli aggravamenti non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione** ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del *Contratto*, fatto salvo quanto disposto all'art. 8.

Nel caso di diminuzione del rischio, la *Compagnia* riduce il *Premio* o le rate di *Premio* successive alla comunicazione del *Contraente* o dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.



GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 14. Denuncia del sinistro – Riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Compagnia

Nel caso in cui si verificano condizioni tali da far presumere che l'Assicurato venga a trovarsi in una situazione di *Non autosufficienza* ai sensi dell'art. 3., l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve **richiedere per iscritto, entro 20 (venti) giorni da quando ne abbia avuta la possibilità, il riconoscimento dello stato di Non autosufficienza alla Compagnia**, inviando alla stessa, **mediante lettera raccomandata, la dichiarazione di Sinistro e il referto medico di Sinistro** per la valutazione dello stato di *Non autosufficienza*, entrambi redatti sugli appositi modelli allegati.

La data di denuncia coincide con la data di ricezione da parte della Compagnia della denuncia stessa. Se per lo stesso rischio sono state stipulate altre assicurazioni, l'avviso di *Sinistro* deve essere dato a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi, a sue spese, a tutti gli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia, ritenuti necessari per la valutazione dello stato di *Non autosufficienza* ed è **tenuto a fornire copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso**, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Qualora ricorrano i presupposti, **la Compagnia, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di Non autosufficienza.**

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana derivasse da **Morbo di Alzheimer, o simile demenza senile invalidante di origine organica**, è necessario che lo stato di *Non autosufficienza* sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test **"Mini Mental State Examination"**, dal quale dovrà emergere un **punteggio inferiore a 15**. Se gli elementi in possesso della Compagnia non consentono di evincere lo stato di *Non autosufficienza*, la Compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'Indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di Non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla Compagnia alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un **intervallo minimo di tempo di 3 (tre) mesi** dalla risposta di rifiuto della Compagnia;
- siano **nuovamente inviati gli accertamenti sanitari**. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.



3) In caso di Morbo di Alzheimer o simile demenza senile invalidante, per essere riconosciuto Non Autosufficiente è comunque necessario non essere in grado di compiere 3 dei 4 atti della vita quotidiana?

Sì. Lo stato di non autosufficienza dovrà sempre essere valutato dalla Compagnia appurando la necessaria assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 dei 4 atti fondamentali della vita quotidiana (lavarsi, spostarsi, alimentarsi, vestirsi), e constatato da uno psichiatra o da un neurologo con l'uso del test "Mini Mental State Examination" (dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15).

Art. 15. Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza

La Compagnia si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di **eseguire periodicamente controlli sanitari** sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia, richiedendo, a tal proposito, la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del *Sinistro*.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dello stato di autosufficienza, la Compagnia comunicherà al Contraente ed all'Assicurato la sospensione del pagamento dell'Indennizzo e la sospensione dell'esonero dal pagamento dei Premi. Il Contraente sarà tenuto al pagamento del Premio a decorrere da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Compagnia, anche se frazionato.

Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Compagnia ogni 6 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. **Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta,**



il pagamento dell'*Indennizzo* verrà sospeso.

Inoltre, in relazione al servizio di assistenza e riabilitazione, Europ Assistance Italia S.p.A. si riserva comunque la possibilità di richiedere all'*Assicurato* ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'*Assicurato* non abbia diritto all'erogazione delle prestazioni di assistenza secondo i criteri riportati all'art. 7.1., cessa immediatamente l'erogazione della prestazione.

Art. 16. Collegio arbitrale

In caso di *Sinistro*, qualora vi sia disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, le *Parti* hanno facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione di rifiuto dell'indennizzabilità del *Sinistro*.

Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre medici, nominati uno per parte ed il terzo indipendente scelto di comune accordo dalle *Parti*. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale competente per il luogo di residenza dell'*Assicurato*.

Ciascuna delle *Parti* sostiene le spese e l'onorario del proprio medico e la metà di quelle dell'arbitro indipendente. Tutti gli altri oneri sono a carico della parte soccombente.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 17. Premio

Il *Premio* annuo, comprensivo di oneri fiscali, è determinato sulla base dell'età dell'*Assicurato* alla data di sottoscrizione dell'*Assicurazione*, del *Massimale* scelto e dello stato di salute accertato mediante il *Questionario Sanitario*. Qualora l'*Assicurato* si trovi in stato di *Non autosufficienza*, cessa il diritto della *Compagnia* alla riscossione dei *Premi* annui futuri, fatto salvo quanto disposto al precedente art. 15.

Se nel corso del *Contratto* le *Basi tecniche* utilizzate per la determinazione del *Premio* dovessero evidenziare uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la *Compagnia* si riserva il diritto, in occasione di un anniversario della data di effetto e comunque ad intervalli non inferiori a cinque anni, di aggiornare il *Premio* dovuto per gli anni successivi. Il *Premio* annuale così aggiornato viene comunicato al *Contraente* almeno 90 (novanta) giorni prima dell'anniversario considerato. In tal caso il *Contraente* potrà recedere dal *Contratto* entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del nuovo *Premio* annuale mediante invio di lettera raccomandata. In caso di decesso dell'*Assicurato*, l'*Assicurazione* cessa ed i *Premi* pagati alla data del decesso restano acquisiti dalla *Compagnia*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 18. Conclusione dell'assicurazione

L'*Assicurazione* si conclude con la ricezione, da parte del *Contraente*, dell'accettazione della *Proposta di Assicurazione* da parte della *Compagnia*. La comunicazione dell'accettazione avviene mediante invio al *Contraente* del *Documento di Polizza*, a seguito del buon fine del pagamento del primo *Premio* da parte del *Contraente* medesimo. La proposta del *Contraente* rimane ferma per il tempo stabilito dall'Art. 1887 del Codice Civile e non pone a carico della *Compagnia* alcun obbligo, né di conclusione del *Contratto*, né di comunicazione del rifiuto della *Proposta di Assicurazione*. La *Proposta di Assicurazione* si intende rifiutata decorsi 30 (trenta) giorni dalla sua ricezione in sede senza che il *Contraente* abbia ricevuto l'accettazione da parte della *Compagnia*.

Art. 19. Effetto e decorrenza dell'assicurazione

Le coperture assicurative, nonché tutti gli obblighi e oneri che il *Contratto* pone a carico della *Compagnia*, hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato dalla *Compagnia* nel *Documento di Polizza*, se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati, altrimenti hanno effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Qualora il *Contraente* non paghi il *Premio* o le rate di *Premio* successive, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e



riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* alla riscossione dei *Premi* scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile. Il *Premio* è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

La garanzia decorre trascorsi i periodi di Carenza, come specificati all'art. 10.

Nel caso in cui il Contratto sia stato concluso a distanza, il Contraente può esercitare il diritto di recesso come indicato al successivo art. 21. Qualora il Contraente abbia richiesto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore contestualmente alla sottoscrizione che l'esecuzione del Contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, l'efficacia del Contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di conclusione del Contratto a condizione che, entro tale termine, la Compagnia avrà acquisito la disponibilità del Premio. In caso contrario, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data in cui tale condizione si realizzerà.

Art. 20. Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulabile esclusivamente con **durata decennale** ed è **rinnovabile** - con obbligo di accettazione da parte della *Compagnia* - **per un periodo di pari durata e così successivamente**, alle condizioni originariamente pattuite, per tutta la vita dell'Assicurato.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 21. Diritto di recesso

Il Contraente può comunicare il recesso dal contratto, con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata.

Se il Contratto è concluso a distanza, in conformità a quanto previsto dall'Art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), **il Contraente può recedere nel termine di 14 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità sopra previste**. Qualora il *Contraente* abbia chiesto inoltre di dare avvio all'esecuzione del Contratto, Mediolanum Assicurazioni S.p.A. avrà diritto a trattenere il rateo di Premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Nel caso in cui il *Contraente* abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione del contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del Contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà il premio versato a fronte del recesso.

Il contratto non consente il recesso a seguito di Sinistro da parte della Compagnia, fatta eccezione per le ipotesi in cui il Contraente o l'Assicurato non abbiano dato comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio, intervenuto nei primi due anni dalla stipulazione dell'assicurazione.



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 22. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche del *Contratto* successive alla sua stipulazione devono essere **provate per iscritto**.

Art. 23. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali sono a carico del *Contraente*.

Ai *Premi* relativi al presente *Contratto* è applicata l'imposta del:

- **2,5%** per l'Assicurazione per il rischio di **Non autosufficienza**;
- **10%** per il **Servizio Assistenza**;
- **21,25%** per il **Servizio Assistenza**, in riferimento alla sola prestazione di **Adattamento Abitazione**.

Art. 24. Foro Competente

Per le controversie relative al presente *Contratto* la sede del **Foro competente** è quella di residenza o domicilio elettivo del *Contraente*.

Art. 25. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il presente *Contratto* è **regolato dalla Legge Italiana**.

Art. 26. Assicurazione per conto altrui

Qualora il *Contraente* sia persona diversa dall'*Assicurato* e la presente *Assicurazione* sia stipulata per conto di quest'ultimo, **gli obblighi derivanti dal *Contratto* devono essere adempiuti dal *Contraente***, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, ai sensi dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 27. Altre assicurazioni

Il *Contraente* deve dichiarare nella *Proposta di Assicurazione* e/o **comunicare per iscritto alla *Compagnia* l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi e per le stesse persone**. In caso di *Sinistro*, il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 28. Home Insurance

La *Compagnia* ha reso disponibile un'apposita Area riservata all'interno del proprio sito internet, attraverso la quale il *Contraente* può accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali dei Contratti sottoscritti nonché utilizzare le funzionalità dispositive (c.d. Servizio Home Insurance) tra cui, a titolo meramente esemplificativo, il pagamento del premio successivo al primo ovvero in caso di insoluto se attiva disposizione permanente di addebito – SDD e la denuncia del sinistro. In ogni caso il *Contraente* potrà utilizzare le funzionalità rese disponibili tempo per tempo della *Compagnia*.

Il servizio è gratuito e vi si accede mediante autenticazione con i codici di accesso rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta del *Contraente*. I codici di accesso garantiscono al *Contraente* un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo della predetta Area è disciplinato dalle Norme che regolano il servizio di Home Insurance, presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* rende disponibili le suddette funzionalità - in luogo del sito della *Compagnia* stessa - sul sito del Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., www.bmedonline.it, unicamente per i titolari del servizio di Banca Diretta con la medesima Banca e per le polizze distribuite dalla Banca stessa, utilizzando i codici forniti da quest'ultima.

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - t +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano 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

È un prodotto di

