

Assicurazione per il rischio di non autosufficienza

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

Impresa che realizza il prodotto Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Prodotto Mediolanum Capitale Autonomia



Data di realizzazione 19/05/2023. Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi – Società con unico Socio. Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 - Basiglio (MI); tel. 02.9049.1; www.mediolanumassicurazioni.it; e-mail: info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it; pec: mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it. Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22.08.74); iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione.

Con riferimento all'ultimo bilancio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti il patrimonio netto dell'impresa è di € 49.793.419,93 di cui: la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000; la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 10.454.991,76 al netto dell'utile di esercizio.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (<https://www.mediolanumassicurazioni.it/relazione-solvibilita-condizione-finanziaria>.)

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità è di € 49.562.758, l'importo del requisito patrimoniale minimo è di € 17.388.238, l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di € 111.708.470 ed il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è 225,39 %.

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Rischio di non autosufficienza	Rimborso spese medico-sanitarie e assistenziali- Indennizzo erogato per il rimborso delle spese medico-sanitarie e assistenziali fino alla cessazione dello stato di non autosufficienza conseguente ad infortunio o malattia. La somma mensile assicurabile varia da un importo minimo di € 1.000 fino ad un massimo di € 5.000.
Servizio di assistenza	Assistenza in caso di Infortunio o Malattia- Erogazione delle seguenti prestazioni di assistenza, fornite in convenzione dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. attiva 24h: 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 minori o senior al domicilio; invio di personale assistenziale qualificato presso il domicilio, per aiutare la persona inabile e non autosufficiente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana; invio di personale sanitario professionale al domicilio per eseguire alcuni esami o accertamenti diagnostici, come prelievi del sangue, ecografie, monitoraggio pressorio, elettrocardiogrammi non urgenti; consegna/ritiro degli esiti degli esami eseguiti; invio di farmaci urgenti al domicilio; invio di personale sanitario professionale presso il proprio domicilio per eseguire cure fisiatriche o riabilitative; adattamento abitazione; 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. Le prestazioni sopra elencate che Europ Assistance Italia S.p.A. si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, sono fornite con un massimale di 90 giorni.
L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali contrattualmente previsti.	

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Opzione annulla franchigia	Attivando tale copertura verrà riconosciuto un indennizzo in unica soluzione di un importo pari a 3 mensilità, corrispondenti al massimale scelto in fase di sottoscrizione, anche per il periodo di franchigia assoluta.
Opzione non autosufficienza parziale	Attivando tale copertura verrà riconosciuto un indennizzo di € 10.000 a condizione che l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di poter compiere 2 delle 4 attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, alimentarsi, spostarsi e vestirsi).

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Oltre a quanto già indicato nel DIP Danni, in generale non è oggetto di copertura qualsiasi prestazione per invalidità conseguente ad infortunio o malattia diverse dal rimborso di spese medico-assistenziali sostenute per lo stato di non autosufficienza. Inoltre, relativamente al Servizio Assistenza, non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.

 Ci sono limiti di copertura?	
Rischio di non autosufficienza	Sono esclusi dalla garanzia indennizzi per i quali lo stato di non autosufficienza sia determinato: da infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti; da dolo o colpa grave dell'assicurato/contraente; da conseguenze di guerre, atti terroristici, insurrezioni o calamità naturali; da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici; dal volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche; da applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali; da infortuni subiti dall'assicurato su aeromobili di Compagnia/Aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub; dalla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto. Il rimborso avviene ogni qualvolta l'Assicurato consegna la documentazione delle spese medico-sanitarie e assistenziali sostenute, con una frequenza non inferiore a 30 giorni, trascorso il periodo di franchigia assoluta di 90 giorni, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.
Servizio di Assistenza	Le prestazioni offerte sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano e vengono fornite per un limite temporale complessivo di 90 giorni. La prestazione di Supporto psicologico prevede un massimale di €1.000. La garanzia Adattamento Abitazione prevede un massimale di € 5.000.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Come indicato nel DIP Danni, in caso di sinistro è necessario inviare alla Compagnia entro 20 giorni, da quando se ne ha la possibilità, 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 alle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurato ha inoltre l'obbligo di sottoporre, a sue spese, a tutti gli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia e 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. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di non autosufficienza. Assistenza diretta/in convenzione: le prestazioni in relazione al Servizio di Assistenza sono fornite tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. Per usufruirne è necessario inoltrare denuncia del sinistro corredata della documentazione indicata al punto soprastante, mediante una delle seguenti modalità: "Denuncia Sinistro" online, attraverso il c.d. Servizio di Home Insurance ed accedendo alla sezione "Protezione" all'interno della propria area personale; Posta raccomandata a Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Si.R.E., Palazzo Meucci I° piano, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI); Fax: n. 02.9045.1308; Mail: sire@mediolanum.it; Tramite il proprio Family Banker. Gestione da parte di altre imprese: Non è prevista la gestione di sinistri da parte di altre imprese. Prescrizione: Ogni diritto derivante dal contratto di assicurazione si prescrive entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Come indicato nel DIP Danni, il contraente e l'assicurato sono tenuti a fornire informazioni esatte e non reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia pena la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa, nonché la cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	In caso di sinistro, il rimborso viene corrisposto, dopo che sia trascorso il periodo di franchigia assoluta di 90 giorni, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. La Compagnia inizierà la liquidazione del sinistro a partire dal quarto mese successivo a quello di denuncia del Sinistro stesso.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	La periodicità del premio è annuale con possibilità di frazionamento semestrale e mensile senza oneri aggiuntivi. Nel caso di frazionamento mensile, il pagamento può avvenire esclusivamente mediante autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (Sepa Direct Debit - SDD) e la Banca d'appoggio deve essere obbligatoriamente Banca Mediolanum. Nel caso di frazionamento mensile, inoltre, il Contraente ha la facoltà di corrispondere le prime 12 mensilità in un'unica soluzione, al momento della sottoscrizione. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni di cui alla legge n.1216 del 29/10/1961 e successive modificazioni ed integrazioni. In particolare, ai premi è applicata un'imposta del 2,50% per il rischio di non autosufficienza, del 10% per il servizio assistenza e del 21,25% per la quota di premio di cui alle perdite pecuniarie (assistenza per adattamento abitazione). Alla data di predisposizione del presente Documento Informativo la normativa fiscale (Art. 15, lett. f) del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente al Contraente di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% della quota del premio avente ad oggetto la copertura del rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, versato nell'anno solare nella misura e per gli importi massimi definiti dal citato articolo di legge e nei limiti reddituali definiti dall'art.15, comma 3-bis. Qualora, nel corso del contratto, le basi tecniche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro delle stesse, la Compagnia si riserva il diritto, in occasione di ogni anniversario della data di effetto, 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 giorni prima dell'anniversario considerato; in tal caso il Contraente potrà recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di comunicazione del nuovo premio annuale mediante invio di lettera raccomandata. Qualora il Contraente non paghi i premi, 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. Inoltre, la Compagnia può applicare sconti di premio alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della Compagnia; dipendenti, Consulenti Finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi di Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Gruppo Mediolanum. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado. La Compagnia o il Distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono infine applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.
Rimborso	Il rimborso al contraente dei premi incassati, al netto delle imposte, è previsto unicamente al verificarsi di non autosufficienza, conseguente a malattia o infortunio, manifestatasi o diagnosticata durante il periodo di carenza. Tale evento libera la Compagnia dagli obblighi contrattuali e determina la risoluzione del contratto.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Le coperture assicurative hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, fatti salvi i periodi di carenza più sotto specificati. 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. L'Assicurazione per il rischio di Non autosufficienza è subito operante per il caso di Infortunio, mentre: non opera per il primo anno per il caso di Malattia; non opera per i primi 3 anni nel caso sia conseguenza di insorgenza del morbo di Alzheimer o di similari demenze senili invalidanti di origine organica. Nel caso in cui il contratto sia stato concluso a distanza e qualora il Contraente abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione della Proposta di Polizza, 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, l'efficacia del contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla conclusione del contratto.
Sospensione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di sospendere le garanzie. Resta in ogni caso fermo quanto specificato con riguardo alle ipotesi di mancato pagamento dei premi successivi al primo o delle rate successive di premio.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la clausola di ripensamento. Il contraente ha facoltà di recedere dal contratto ad ogni ricorrenza annuale dandone comunicazione scritta tramite raccomandata alla Compagnia con un preavviso di almeno 60 giorni dalla decorrenza. Il Contraente ha inoltre facoltà di recesso in occasione di ogni sinistro dandone preventiva comunicazione scritta alla Compagnia mediante 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 senza penali entro 14 giorni, decorrenti dalla data di sottoscrizione della Proposta di Polizza con le medesime modalità sopra descritte. Qualora il Contraente abbia richiesto l'avvio dell'esecuzione del contratto, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto. Nell'ipotesi in cui il Contraente abbia richiesto, contestualmente alla conclusione del contratto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà l'intero premio versato a fronte del recesso.
Risoluzione	Non è prevista per il Contraente la facoltà di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto può essere adatto ai clienti che intendano garantirsi dal rischio di non autosufficienza, anche parziale, nello svolgimento delle attività elementari della vita quotidiana (incapacità totale e permanente di lavarsi, alimentarsi, spostarsi e vestirsi, nonché siano affetti da morbo di Alzheimer o similari demenze senili) conseguente a infortunio o malattia, assicurando il rimborso delle spese medico-sanitarie e assistenziali. Il prodotto può essere sottoscritto da persone fisiche di età non inferiore a 20 anni e non superiore a 70 anni compiuti, a seguito della compilazione di un questionario sanitario predisposto dalla Compagnia.	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento al flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 27,5%.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami di pertinenza di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dovranno essere indirizzati a: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via Ennio Doris - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20079 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it . La Compagnia fornisce riscontro al reclamante entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziiazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	La quantificazione dell'indennizzo definitivo spettante all'assicurato a seguito del sinistro, può essere demandata dalle Parti a due medici, nominati uno per parte. Qualora i due medici non raggiungano l'accordo, le divergenze di natura medica, possono essere demandate, per iscritto, a un Collegio di tre medici, composto dai due medici già nominati dalle Parti e da un terzo, nominato di comune accordo dai medici stessi o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
--	--

AVVERTENZA

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

AVVERTENZA

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