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

MEDIOLANUM CAPITALE SORRISO

Proposta di contratto di assicurazione per rimborso spese odontoiatriche

ID Raccomandazione Personalizzata

Spettabile
MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

Data ultimo aggiornamento: 19/05/2023

Cod. Prod. SOR1

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ Proposta n. _____ Cod. Ag. _____

Dati Anagrafici

Contraente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (Obbligatorio) _____ Codice Cliente (Obbligatorio se già Cliente) _____

Indirizzo di contratto

❑ chiedo che la corrispondenza venga inoltrata presso il mio domicilio (se comunicato), ovvero, in mancanza, presso la mia residenza anagrafica già censita e nota

❑ chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo solo se diverso dal mio domicilio o dalla mia residenza anagrafica:

Presso _____

Indirizzo - via / piazza e numero civico _____

C.A.P. _____ Località (Comune) _____ Prov. _____ Naz. _____

FAC- SIMILE

Agevolazioni

❑ **Agevolazione Tipo** _____ Descrizione* _____

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

Frazionamento del premio

❑ Annuale ❑ Semestrale

Riservato ai soli correntisti di Banca Mediolanum:

❑ Mensile ❑ Mensile con pagamento delle prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto*

* Solo per la prima annualità. Dal secondo anno solo frazionamento mensile.
Opzione non disponibile in caso di sostituzione in corso d'anno.

✍ **Firma del Contraente**
(**SOLO** per pagamento prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto)

Sostituzione polizza

Sostituisce polizza n.	Ramo	Agenzia	Scade il	Sostituisce polizza n.	Ramo	Agenzia	Scade il

Durata della Polizza

5 anni senza tacito rinnovo

Effetto dell'Assicurazione

Nei termini previsti dall'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti.

Elenco Assicurandi

Componenti	Cognome	Nome	Data di nascita	Età	Codice Fiscale
Asssicurando 1					
Asssicurando 2					
Asssicurando 3					
Asssicurando 4					
Asssicurando 5					

Età (in anni)	Assicurando 1	Assicurando 2	Assicurando 3	Assicurando 4	Assicurando 5
❑ 3-17	€	€	€	€	€
❑ 18-29	€	€	€	€	€
❑ 30-44	€	€	€	€	€
❑ 45-59	€	€	€	€	€
❑ 60-65	€	€	€	€	€

TOTALE PREMIO ANNUO LORDO € _____

TOTALE PREMIO SEMESTRALE LORDO € _____

TOTALE PREMIO MENSILE LORDO € _____

Riepilogo Premio

FAC-SIMILE

Premio annuo lordo	Sconto[1]	Premio annuo lordo scontato	Premio lordo alla firma	Premi successivi
€		€	€	€

Composizione dei premi: i premi esposti nella presente tabella sono comprensivi dell'imposta in vigore al momento della sottoscrizione, come segue: ramo Malattia - aliquota d'imposta 2,50%.

[1] Lo sconto applicato varia in funzione del numero di componenti il nucleo familiare. Tale sconto non è riservato alle categorie di soggetti indicate all'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione per le quali è invece prevista l'applicazione della relativa agevolazione tariffaria.

N.B. In caso di sostituzione di polizza l'importo del premio alla firma (che è in parte costituito da quello riveniente dalla precedente polizza) potrebbe variare in funzione del tempo necessario all'attivazione della nuova polizza rispetto alla chiusura della precedente oggetto di sostituzione. La Compagnia si riserva inoltre di applicare sconti sul premio sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale. In entrambe le ipotesi, l'importo effettivamente dovuto sarà comunicato al Contraente.

Avvertenza:
le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti al Consulente Finanziario

Modalità di Pagamento Premio

Premio Iniziale:

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io Contraente, in quanto intestatario o cointestatario del suddetto c/c aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo a richiedere il trasferimento a favore di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dell'importo pari al premio lordo alla firma sopra indicato.

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta n. _____

❑ **Assegno "non trasferibile"** all'ordine **di Mediolanum Assicurazioni S.p.A.**

Importo (€)	Tipo(*)	Banca emittente/trassata	Filiale/sede/agenzia	Numero
	B C			

(*) B = bancario; C = circolare

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

Premi successivi (si ricorda che nel caso di scelta di FRAZIONAMENTO MENSILE la Banca d'appoggio deve essere obbligatoriamente Banca Mediolanum S.p.A.)

❑ **Disposizione Permanente di addebito (SDD)** (per il pagamento dei premi successivi al 1° versamento)

Il debitore autorizza Banca Mediolanum S.p.A. ad addebitare sul c/c identificato dall'IBAN sotto riportato nella data di scadenza indicata dall'Azienda Creditrice, tutti gli addebiti diretti (a mezzo Sepa Direct Debit - SDD) inviati dalla stessa Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate di tale Azienda di seguito riportate (o aggiornate ad iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano sul c/c da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito e senza la necessità per Banca Mediolanum S.p.A. di inviare la relativa contabile di addebito. Il debitore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto entro il giorno della data di scadenza indicata dall'Azienda Creditrice e di chiedere il rimborso di un addebito diretto autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito, secondo gli accordi ed alle condizioni previsti nel contratto del conto corrente sotto indicato (di seguito "Contratto di conto corrente") che regolano il rapporto con la Banca del debitore. Il debitore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità e senza spese, dal presente accordo, mediante revoca dell'autorizzazione. Per quanto non espressamente previsto sono applicabili le norme e le condizioni indicate nel contratto di conto corrente sottoscritto tra il debitore e la sua Banca di cui il presente accordo forma parte integrante ovvero le condizioni comunque rese pubbliche dalla Banca stessa e tempo per tempo vigenti.

Creditor ID IT28001000000243062015 9

Codice assegnato dall'azienda creditrice al debitore: corrispondente al n. di Proposta del presente contratto; tale codice potrebbe essere modificato dall'Azienda Creditrice al primo addebito.

Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare

(se non compilato si considera valido il medesimo conto corrente di Banca Mediolanum indicato per il pagamento del Premio iniziale)

❑ **Conto Corrente a me intestato**

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta n. _____

❑ **Conto corrente intestato a (nel caso in cui il Contraente non sia intestatario, cointestatario del conto corrente di addebito):**

Cod. Cliente _____

Cognome e Nome _____

IBAN _____

FAC-SIMILE

I dati personali raccolti tramite il modulo sono trattati da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. nella sua qualità di Titolare del trattamento, ai sensi della vigente normativa (Regolamento UE 2016/679) e secondo quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali precedentemente fornita.

_____

✍ Firma Sottoscrittore SDD

❑ **Disposizione Permanente di addebito (SDD) su altra Banca: si allega modulo della disposizione permanente di addebito.**

Spazio riservato a Mediolanum Assicurazioni S.p.A.: N. Polizza _____ N. SDD _____

Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet

☐ Con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa in corso di contratto, prevista dalla normativa vigente, venga effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, purché abbia comunicato alla Compagnia un indirizzo e-mail, anche mediante invio dell'apposita Scheda Anagrafica al Distributore.
Queste saranno rese disponibili dalla Compagnia attraverso il servizio Home Insurance nell'area riservata del sito internet www.bmedonline.it - per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. - o dei siti www.mediolanumassicurazioni.it e www.gruppoassicurativomediolanum.it in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.
All'indirizzo e-mail riceverò un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell'area riservata. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato, in mancanza del quale, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me indicato.

A tal fine:
- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che nè la Società nè la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonchè per ragioni cautelari;

- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea.

(in assenza di esplicita richiesta l'informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF es. "pen-drive", laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all'indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato).

Resta salvo il mio diritto di modificare la scelta operata in corso di Contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo.

✍ Firma del Contraente

Dichiarazioni e Firme

Il sottoscritto Contraente:
essendo stato avvertito della possibilità di ricevere gratuitamente il Set Informativo, su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie la modalità:

❑ **NON CARTACEA (file pdf)** ❑ **CARTACEA**

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

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

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

FAC-SIMILE

Il Contraente in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi; dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi; tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'area riservata del sito di Banca Mediolanum.

Il Contraente dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa, c.d. servizio di Home Insurance. È altresì consapevole che nell'ambito del predetto servizio, la Compagnia rende disponibili le comunicazioni in corso di contratto in modalità telematica, anche in assenza di specifica richiesta di dematerializzazione, per pronta consultazione e archiviazione delle stesse.

Il Contraente dichiara di essere consapevole che il presente contratto s'intende concluso con l'accettazione da parte della Compagnia della Proposta di assicurazione mediante invio al Contraente del Documento di Polizza nel quale verranno riepilogate le informazioni essenziali del contratto e che l'accettazione stessa è in ogni caso subordinata a preventiva visita di controllo di ogni Assicurato, con esito positivo, presso una delle strutture del Network di AON S.p.A.

Il Contraente dichiara, in aggiunta, di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali nel quadro del Regolamento UE 2016/679.

Il Contraente prende atto che alla sottoscrizione del contratto si applica l'art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali, entro quattordici giorni, decorrenti dalla data di conclusione del contratto. Entro detto termine, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Palazzo Meucci - Via Ennio Doris, 20079 Basiglio - Milano 3 (MI). Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies, comma 1, del Codice del Consumo, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto. Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere, contestualmente alla sottoscrizione del Contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio decorso il periodo di quattordici giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso.

Il Contraente dichiara infine agli effetti della copertura assicurativa (artt. 1892 e 1893 Codice Civile), relativamente alle prestazioni sottoscritte con la presente proposta, che:

- negli ultimi due anni non si sono verificati sinistri relativamente alla/e garanzia/e sottoscritta/e,

in caso contrario precisare _____

- negli ultimi due anni non ha avuto polizze annullate per sinistro da altre società,

in caso contrario precisare _____

• non ha in corso altre polizze per le prestazioni assicurative sottoscritte con la presente,

in caso contrario precisare _____

_____

✍ Firma del Contraente

Il Contraente dichiara:
Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione (ed. 02/2020 e successive edizioni): art. 1 - Persone assicurabili; art. 2 - Cosa è assicurato; art. 3 - Visita preventiva di controllo per la valutazione dello stato di salute; art. 4 - Rimborso delle spese odontoiatriche; art. 5 - Massimali assicurati, limiti e scoperti; art. 6 - Persone e patologie non assicurabili; art. 8 - Esclusioni dall'assicurazione; art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; art. 10 - Aggravamento e diminuzione del rischio; art. 13 - Criteri di indennizzabilità e di liquidazione; art. 14 - Collegio arbitrale; art. 15 - Spese non rientranti nelle garanzie; art. 16 - Premio; art. 17 - Conclusione dell'assicurazione; art. 18 - Effetto e decorrenza dell'assicurazione; art. 19 - Durata dell'assicurazione; art. 20 - Diritto di recesso; art. 26 - Altre assicurazioni.

_____

✍ Firma del Contraente

Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018: (i) il documento contenente l'informativa sul distributore, (ii) l'elenco delle regole di comportamento del distributore e (iii) il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-ibip.

_____

✍ Firma del Contraente

FAC- SIMILE

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di Proposta (che dovrà essere effettuata alternativamente dal CF o dal FPS, con relativa firma)

Cognome e Nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede	Codice	Codice Area	✍ Firma

Cognome e Nome del Family Protection Specialist	Codice	✍ Firma

Il Family Protection Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI ☐ NO ☐

Cognome e Nome	Codice

FAC- SIMILE

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO