

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI:

- **DECESSO DA INFORTUNIO**
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**
- **MALATTIA GRAVE**
- **PERDITA DI LAVORO (LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO)**
O, IN ALTERNATIVA, GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
(LAVORATORE AUTONOMO/DIPENDENTE PUBBLICO/NON LAVORATORE)

Mediolanum Polizza Protezione Prestito

Convenzione n° 984-52-4304228

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- a) la Nota Informativa comprensiva del Glossario
- b) le Condizioni di Assicurazione
- c) il Modulo di Adesione

deve essere consegnato all'Assicurato prima dell'adesione alla Convenzione "Protezione Prestito".

AVVERTENZA: prima dell'adesione leggere attentamente la Nota Informativa.

È un prodotto di



INDICE

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI	1/11
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	1/11
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	1/11
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6/11
GLOSSARIO	8/11
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1/21
ALLEGATO 1 - Tabella INAIL	19/21
ALLEGATO 2 - Elenco grandi interventi chirurgici	20/21

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della *Polizza-Convenzione*.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. è una Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società con unico Socio. L'impresa è stabilita nella Repubblica Italiana con:

- Sede Legale: Palazzo Meucci, Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
- Codice Fiscale / Partita IVA / Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano n. 02430620159
- Tel. +39 02.9049.1
- Sito Internet: www.mediolanumassicurazioni.it
- Indirizzo e-mail: info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. è 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa al 31/12/2017

Il patrimonio netto dell'impresa è di € 41.556.118,00 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000,00;
- la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 15.758.118,00.

A seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi ratio patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement Ratio calcolato sulla base dei dati ad oggi disponibili è pari a 211,03%, mentre il Minimum Capital Requirement Ratio è pari a 634,90%. Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati. Rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza (un anno e 99,5%). Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

AVVERTENZA

Gli eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno resi disponibili sul sito Internet dell'Impresa a far data dal 31 maggio di ogni anno.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: le durate delle singole garanzie sono disciplinate dall'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione. Non è previsto il tacito rinnovo.

3. Coperture assicurative offerte

Con la presente *Polizza-Conventione*, la *Compagnia* si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'*Indennizzo* all'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro* causato da:

A.1) DECESSO DA INFORTUNIO.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

A.2) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO di grado pari o superiore al 70%.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione.

A.3) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA di grado pari o superiore al 70%.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione.

A.4) MALATTIA GRAVE.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione.

In aggiunta, l'*Aderente/Assicurato* sceglie alternativamente una delle garanzie (B o C) di seguito indicate, in base al proprio *status* lavorativo dichiarato al momento dell'adesione.

Le Garanzie A operano per tutte le categorie lavorative indicate nel Glossario.

B - GARANZIA PRESTATI PER L'ADERENTE/ASSICURATO LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO PERDITA DI LAVORO

Attivata solo nel caso in cui l'*Aderente/Assicurato* abbia dichiarato, al momento della sottoscrizione della *Polizza-Conventione*, di avere un contratto di lavoro dipendente privato di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali (c.d. *Lavoratore Dipendente Privato*).

La *Copertura Assicurativa* diviene altresì efficace in caso di modifica dello stato lavorativo dell'*Aderente/Assicurato*, secondo quanto descritto al successivo paragrafo 6 (*Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione*).

Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 18 e 29 delle Condizioni di Assicurazione.

C - GARANZIA PRESTATI PER L'ADERENTE/ASSICURATO LAVORATORE NON DIPENDENTE PRIVATO, GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Determinato da *Infortunio* o *Malattia*, in tutti i casi in cui l'*Aderente/Assicurato*, al momento della sottoscrizione della *Polizza/Assicurazione*, abbia dichiarato di rientrare nella categoria *Lavoratore Autonomo*, *Lavoratore Dipendente Pubblico* o *Non Lavoratore*.

La *Copertura Assicurativa* diviene altresì efficace in caso di modifica dello stato lavorativo dell'*Aderente/Assicurato*, secondo quanto descritto al successivo paragrafo 6 (*Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione*).

Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 19 e 33 delle Condizioni di Assicurazione.

D - PREMIO FUTURO

Con la presente copertura assicurativa, la *Compagnia* si obbliga a corrispondere all'*Aderente/Assicurato*, successivamente alla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*, un *Indennizzo*, versato in un'unica soluzione, per la copertura di tre rate mensili del *Finanziamento* (comprensive di eventuali interessi), qualora, nel corso e sino alla scadenza del *Finanziamento* si verifichi alternativamente, e per una sola volta nel corso della copertura assicurativa, un evento di *Parto/Adozione*.

La garanzia è gratuita e pertanto non richiede il versamento di alcun *Premio*.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 36 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il Contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla Copertura Assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 2, 3, 4, 12, 18, 19, 23, 25, 27, 29, 31, 33 e 35 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il Contratto prevede l'applicazione di franchigie, di massimali e di carenze; per aspetti

di maggior dettaglio si rimanda agli Artt. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34 e 36 delle Condizioni di Assicurazione.

Per *Franchigia* si intende la parte di danno che resta a carico dell'*Aderente/Assicurato*. Può essere espressa in cifra fissa o in percentuale. Per la garanzia *Invalità Permanente*, sia da *Infortunio* che da *Malattia*, è applicata una *Franchigia* pari al 70%. Pertanto non verrà riconosciuto alcun *Indennizzo* per invalidità permanenti da *Infortunio* o *Malattia* di grado inferiore al 70%.

Esempio di *Franchigia*:

Grado <i>Invalità Permanente</i> accertato	Debito residuo del <i>Finanziamento</i>	<i>Indennizzo</i> corrisposto
60%	€ 60.000,00	€ 0,00
70%	€ 60.000,00	€ 60.000,00

Esempio massimali:

Debito residuo del <i>Finanziamento</i> pari a:	<i>Massimale</i>	<i>Indennizzo</i>
€ 600.000,00	€ 500.000,00	€ 500.000,00
€ 20.000,00	€ 500.000,00	€ 20.000,00

AVVERTENZA: la *Polizza-Convenzione* vale per persone di *Età* non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni e termina per quelle che raggiungono tale limite di *Età*. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di *Carenza* contrattuale

AVVERTENZA: il *Contratto* prevede alcuni periodi di *Carenza*, ovvero il periodo di tempo immediatamente successivo alla *data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti, si rimanda agli Artt. 23, 25, 27, 31, 33 e 36 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazione dell'*Aderente/Assicurato* in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti dell'*Aderente/Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto all'*Indennizzo*. Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 1 e 2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: non sono previsti particolari casi di nullità se non quelli stabiliti dalla Legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

L'*Aderente/Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni circostanza rilevante che determini l'aggravamento o la diminuzione del rischio; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 1, 2 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione della *Polizza-Convenzione* ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Le garanzie *Perdita di lavoro* e *Grande Intervento Chirurgico* operano in base allo *status* lavorativo dichiarato dall'*Aderente/Assicurato* in fase di sottoscrizione del *Contratto* e della modifica dello stesso eventualmente intervenuta nel corso della durata del *Contratto*, secondo quanto previsto nell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

L'*Aderente/Assicurato* è pertanto tenuto a comunicare tempestivamente alla *Compagnia*, sia per conto proprio che degli eventuali altri aderenti/assicurati, ogni variazione del proprio *status* lavorativo che dovesse intervenire nel corso della durata contrattuale, in modo da consentire alla *Compagnia* l'attivazione della *Copertura Assicurativa* prevista per la nuova condizione occupazionale.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: nel caso in cui un **Lavoratore Dipendente Privato** diventi **Lavoratore Autonomo** la copertura attiva non sarà più la garanzia "Perdita di lavoro", ma sarà attiva la garanzia "Grande Intervento Chirurgico" solo dopo la comunicazione scritta alla *Compagnia*.

7. Premi

I premi assicurativi devono essere corrisposti, anticipatamente e in un'unica soluzione, dall'*Aderente/Assicurato* alla *Compagnia*, per il tramite della *Contraente*.

Se l'*Aderente/Assicurato* non paga i premi, la *Polizza-Convenzione* resta sospesa e le prestazioni assicurative riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il *Premio*, unico e anticipato, è corrisposto contestualmente all'erogazione del *Finanziamento*. Nel caso in cui il *Premio* sia finanziato, il relativo importo è trattenuto dall'importo del mutuo concesso da Banca Mediolanum e da quest'ultima trasmesso alla *Compagnia*.

Il *Premio unico* e anticipato è determinato sulla base dell'importo del *Finanziamento*, indipendentemente dalla sua durata.

Il tasso di *Premio* lordo è 4,5% per importi fino a € 250.000,00; 3,5% per la quota parte di massimale superiore e fino a € 500.000,00.

Lavoratore dipendente privato

Premio per le garanzie: - Decesso da <i>Infortunio</i> - <i>Invalidità Permanente Totale da Infortunio</i> - <i>Invalidità Permanente Totale da Malattia</i> - <i>Malattia Grave</i> - <i>Perdita di lavoro</i>	Importo del <i>Finanziamento</i> x 4,5% per massimali fino a € 250.000,00; 3,5% per la quota parte di massimale superiore e fino a € 500.000,00
---	--

Lavoratore Autonomo/Dipendente Pubblico/Non Lavoratore

Premio per le garanzie: - Decesso da <i>Infortunio</i> - <i>Invalidità Permanente Totale da Infortunio</i> - <i>Invalidità Permanente Totale da Malattia</i> - <i>Malattia Grave</i> - <i>Grande Intervento Chirurgico</i>	Importo del <i>Finanziamento</i> x 4,5% per importi fino a € 250.000,00, 3,5% per la quota parte di massimale superiore e fino a € 500.000,00
--	--

Esempio:

Importo del *Finanziamento* erogato: 300.000,00 €

Calcolo del *Premio unico anticipato*: (250.000,00 € x 4,5%) + [(300.000,00 € - 250.000,00 €) x 3,5%] = 13.000,00 € (*Premio lordo*)

13.000,00 € (*Premio lordo*) - 317,08 € (*imposte) = 12.682,92 € (*Premio imponibile*)**

*pari al 2,5%

Totale costi a carico dell'*Aderente/Assicurato* 6.309,75 € di cui 4.248,78 € per provvigioni all'*Intermediario* pari al 67,34% dei costi.

AVVERTENZA: in caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Compagnia* restituisce all'*Aderente/Assicurato* la parte di *Premio* pagato e non goduto in misura proporzionale rispetto al rimborso della quota parte del capitale finanziato, adeguando conseguentemente la *Prestazione* dovuta dalla *Compagnia* in caso di *Sinistro*. In caso di più aderenti/assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° *Aderente/Assicurato*, indicato nel *Modulo di Adesione*. si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: 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 del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Gruppo Mediolanum nonché dipendenti o collaboratori continuativi delle società controllate e collegate ai soggetti partecipanti al patto di sindacato della controllante Banca Mediolanum S.p.A.. 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.

Resta inteso che la *Compagnia* o il Distributore (l'*Intermediario*), quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

8. Adeguamento del *Premio* e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il *Premio* non sono soggetti ad adeguamento.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: l'*Aderente/Assicurato* ha facoltà di recedere dal presente *Contratto* entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui il *Contratto* si è concluso dandone comunicazione scritta alla *Compagnia*, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, secondo quanto previsto dall'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione. In tal caso avrà diritto alla restituzione del *Premio* versato, al netto delle spese per l'emissione del *Contratto*, delle imposte versate e della eventuale quota relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il *Contratto* ha avuto effetto.

Trascorso detto periodo, l'*Aderente/Assicurato* ha facoltà di recedere ad ogni ricorrenza annuale della *Polizza-Convenzione* con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni, secondo le modalità ed alle medesime condizioni sopra indicate. Anche in tal caso avrà diritto alla restituzione del *Premio* versato, al netto delle spese amministrative, delle imposte versate e della eventuale quota relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il *Contratto* ha avuto effetto, con efficacia dalla fine dell'annualità assicurativa in cui tale facoltà è stata esercitata.

In caso di più aderenti/assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° *Aderente/Assicurato*, indicato nel *Modulo di Adesione*. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal *Contratto*

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche, i diritti derivanti dal *Contratto* si prescrivono trascorsi **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile se l'*Aderente/Assicurato* non adempie dolosamente l'obbligo di avviso del *Sinistro* o di salvataggio per evitare o ridurre il danno, decade dal diritto all'*Indennizzo*; se l'omissione è colposa, la *Compagnia* ha diritto di ridurre l'*Indennizzo* in ragione del pregiudizio subito.

11. Legge applicabile al contratto

Al *Contratto* si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

- Imposta sui premi

Ai premi per la garanzia "*Malattia*" è applicata un'imposta sui premi del 2,5%.

- Detrazione dei premi versati

Alla data di predisposizione del presente *Fascicolo Informativo* la normativa fiscale (Art. 15, lett. f del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente all'*Aderente/Assicurato* di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto i rischi di morte o di *Invaldità Permanente* superiore al 5 per cento da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, versati nell'anno solare nella misura e per gli importi massimi definiti dal citato articolo di legge. Nel computo del predetto limite si deve tener conto anche dei premi versati per altre polizze che consentono la detrazione alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

- Tassazione della prestazione erogata

Le somme corrisposte al verificarsi della *Prestazione* assicurata sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

- Tassazione della prestazione erogata in forma capitale per il caso di decesso dell'*Aderente/Assicurato*

Le somme corrisposte al verificarsi del *Sinistro* sono esenti dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche e dall'imposta sulle successioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'*Indennizzo*

AVVERTENZA: l'insorgenza del *Sinistro* coincide con il momento in cui si verifica l'evento dannoso per il quale è prestata la *Copertura Assicurativa*.

In caso di *Sinistro*, l'*Aderente/Assicurato* deve darne comunicazione alla *Compagnia*. La comunicazione alla *Compagnia* dovrà essere inviata al più presto e comunque entro e non oltre 20 giorni dalla data di accadimento del *Sinistro*. Per la denuncia del *Sinistro* alla *Compagnia*, l'*Aderente/Assicurato* potrà utilizzare la modulistica allegata al presente *Fascicolo Informativo*; si rimanda per i dettagli all'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione, così come si rimanda ai successivi Artt. 22, 24, 26, 28, 30 e 34 delle Condizioni di Assicurazione per la determinazione dei criteri di *Indennizzo*.

14. Reclami

Secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti, Mediolanum Assicurazioni S.p.A. riceve e gestisce i reclami di propria pertinenza anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della *Compagnia*, dando riscontro al *Reclamante* entro 45 (quarantacinque) giorni dal loro ricevimento. Pertanto per la gestione dei reclami di propria competenza, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, e dell'archivio reclami, la *Compagnia* si è dotata di una specifica funzione aziendale (l'"Ufficio Reclami") e ne garantisce l'imparzialità di giudizio mediante un'appropriata collocazione organizzativa e idonee procedure tese ad evitare conflitti con le strutture o i soggetti il cui comportamento è oggetto di *Reclamo*.

Stante quanto sopra, i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, dovranno essere indirizzati a: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 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.

Con riferimento ai reclami attinenti al comportamento di Banca Mediolanum S.p.A. in qualità di *Intermediario* che promuove e distribuisce la presente *Polizza-Conventione* - inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e dei collaboratori della stessa - gli stessi sono invece trattati dall'Ufficio Reclami di Banca Mediolanum S.p.A., via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio - MI (recapiti completi disponibili sul sito bancamediolanum.it/reclami-ricorsi-conciliazione), che è parimenti tenuta a dare riscontro al *Reclamante* entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Resta inteso che gli eventuali reclami indirizzati alla *Compagnia*, ma aventi ad oggetto il comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., nonché i reclami indirizzati alla Banca, ma aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale in qualità di *Intermediario* che promuove e distribuisce la presente *Polizza-Conventione* saranno prontamente e rispettivamente inoltrati dalla *Compagnia* alla Banca o viceversa, che provvederanno a rispondere ciascuna per quanto di propria competenza nel rispetto delle tempistiche sopra indicate, dandone contestuale notizia al *Reclamante*. In tale caso, i termini di riscontro decorreranno dalla data di ricezione del *Reclamo* presso la Società ritenuta competente ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del *Reclamo*, nella risposta al *Reclamante*, le imprese forniscono una chiara spiegazione della propria posizione e lo informano in merito alla possibilità, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, di rivolgersi all'*IVASS* o ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, specificandone le modalità. Pertanto, qualora il *Reclamante* non si ritenga soddisfatto dall'esito del *Reclamo* o in caso di assenza di riscontro, da parte della *Compagnia* o dell'*Intermediario*, nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'*IVASS*, Servizio Tutela degli Utenti, Via

del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al *Reclamo* trattato dalla Compagnia. I reclami indirizzati all'*IVASS* sono predisposti utilizzando l'apposito modello disponibile sul sito dell'*IVASS* medesima e comunque devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del *Reclamante*, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del *Reclamo* presentato all'*Impresa di assicurazione* o all'*Intermediario* e copia dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi, la cui risposta non sia pervenuta entro il termine previsto o ritenuta non soddisfacente dal *Reclamante*;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

L'*IVASS*, ricevuto il *Reclamo*, avvia senza ritardo l'attività istruttoria dandone notizia al *Reclamante* entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del *Reclamo*. Nel corso dell'istruttoria l'*IVASS*, oltre che al *Reclamante*, può richiedere dati, notizie o documenti ai soggetti sui quali esercita la vigilanza, i quali forniscono riscontro nel termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della richiesta. L'*IVASS*, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunica al *Reclamante* l'esito della gestione del *Reclamo* entro il termine di 90 (novanta) giorni dall'acquisizione degli stessi. La stessa può, inoltre, chiedere all'*Impresa di assicurazione* o all'*Intermediario* di fornire chiarimenti sul *Reclamo* direttamente al *Reclamante* e di trasmettere all'*IVASS* copia della risposta fornita al *Reclamante*. Se ritiene la risposta dell'impresa non soddisfacente, l'*IVASS* prosegue l'attività istruttoria comunicandone l'esito al *Reclamante* entro il termine di 90 (novanta) giorni dalla ricezione del *Reclamo*, fatti salvi i casi di sospensione dovuti alla richiesta di informazioni o all'acquisizione di dati. L'*IVASS* informa il *Reclamante* nel caso di ricezione di reclami che esulano dalla propria competenza, trasmettendoli, se del caso, alla Consob o alla COVIP.

In alternativa si ricorda che, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il *Reclamante* potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; a tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

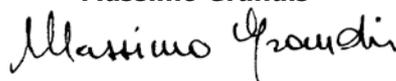
15. Arbitrato

Per le controversie relative alla presente *Polizza-Convenzione* è facoltà delle *Parti* avvalersi di quanto previsto dalle clausole di Arbitrato. **Luogo dell'Arbitrato sarà la città sede dell'Autorità Giudiziaria più vicina al luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato. si rinvia all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.**

AVVERTENZA: in ogni caso resta salva per l'*Aderente/Assicurato* la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, salvo quanto previsto in materia di procedimento di mediazione obbligatorio, ove previsto quale condizione di procedibilità ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Amministratore Delegato
e Rappresentante Legale
Massimo Grandis



GLOSSARIO

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

Aderente/Assicurato

La persona fisica (o le persone fisiche) che ha sottoscritto il *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3 Ed. 10-2017 e successive) e a favore della quale vengono prestate le coperture assicurative oggetto della *Polizza-Convenzione* stipulata dalla *Contraente* con la *Compagnia*.

Adozione

Istituto giuridico che permette a un soggetto, definito "adottante", di trattare ufficialmente un altro soggetto, definito "adottato", come figlio.

Ammortamento (piano di)

La modalità di rimborso di una somma erogata a titolo di *Finanziamento*.

Attività Lavorativa

L'attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'*Aderente/Assicurato*.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa* durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Centro per l'impiego

L'Ufficio Pubblico competente all'attribuzione dello "Stato di Disoccupazione" ai sensi del Decreto Legislativo del 19.12.2002 n. 297 e successive modifiche.

Compagnia (o Impresa di assicurazione)

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Contraente (o Intermediario)

Banca Mediolanum che ha stipulato la *Polizza-Convenzione* con la *Compagnia*.

Copertura Assicurativa

Rappresenta la garanzia assicurativa prestata all'*Aderente/Assicurato* dalla *Compagnia* che, ai sensi delle condizioni specifiche di assicurazione, si obbliga al pagamento dell'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*.

Data di Decorrenza

Le ore 24 della data di erogazione del *Finanziamento* da parte della *Contraente*.

Datore di lavoro

L'azienda di diritto privato presso la quale l'*Aderente/Assicurato* figura quale *Lavoratore Dipendente* con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

Decorrenza della Copertura Assicurativa

Corrisponde alla *Data di Decorrenza*, ovvero la data dalla quale le garanzie assicurative sono operanti, fermo restando i periodi di *Carenza*, di *osservazione* e di *Franchigia* previsti per le singole garanzie.

Diritto di surroga

Diritto della *Compagnia*, che ha corrisposto l'*Indennizzo*, di sostituirsi all'*Aderente/Assicurato* nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno sia conseguenza diretta di illecito compiuto dal terzo danneggiato.

Disoccupazione

E' lo stato in base al quale l'*Aderente/Assicurato*, *Lavoratore Dipendente Privato* con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali, a seguito della cessazione della sua *Attività Lavorativa*:

- risulti privo di lavoro o comunque non impegnato in qualunque altra occupazione (di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali) che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto presso il *Centro per l'impiego* (o nelle liste di collocamento o equivalente).

Durata del contratto

Periodo durante il quale il *Contratto* produce i suoi effetti.

Età computabile (Età)

Età dell'*Aderente/Assicurato* espressa in anni interi, alla data di sottoscrizione del *Modulo di Adesione*, arrotondando per eccesso le eventuali frazioni d'anno superiori a 6 mesi e per difetto le frazioni d'anno pari o inferiori a 6 mesi.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale *Aderente/Assicurato*, composto da:

- Nota Informativa, comprensiva di Glossario;
- Condizioni di Assicurazione;
- *Modulo di Adesione*.

Finanziamento (contratto di)

E' un prestito di denaro concesso dalla Banca all'*Aderente/Assicurato*, che dovrà essere rimborsata dall'*Aderente/Assicurato* secondo uno specifico piano di *Ammortamento*.

Franchigia Assoluta

Parte di danno che rimane a carico dell'*Aderente/Assicurato*.

Nella garanzia "*Perdita di lavoro*": corrisponde al periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile ai termini di *Contratto*, l'*Aderente/Assicurato* non ha diritto ad alcun *Indennizzo*.

Franchigia Relativa

Parte di danno che rimane a carico dell'*Aderente/Assicurato*.

Nella garanzia "*Invalidità Permanente*" non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia inferiore alla percentuale di *Invalidità Permanente* corrispondente alla *Franchigia*. In caso di danno pari o superiore alla *Franchigia Relativa*, il risarcimento è integrale.

Grande Intervento Chirurgico

Gli interventi chirurgici indicati nell'Allegato 2.

Indennizzo (o Prestazione)

La somma dovuta dalla *Compagnia* all'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro* indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle singole coperture assicurative.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente

E' la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, della capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* allo svolgimento di qualsiasi *Attività Lavorativa*; non è quindi prevista la supervalutazione delle percentuali di *Invalidità Permanente* specifica, in relazione all'attività lavorativa esercitata dall'*Aderente/Assicurato* (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.).

L'*Invalidità Permanente* sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità dell'*Aderente/Assicurato*, valutato in base alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche, sia di grado pari o superiore al 70%.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Autonomo

Per convenzione fra le *Parti* si considera *Lavoratore Autonomo* la persona fisica che al momento del *Sinistro* non sia *Lavoratore Dipendente* e che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la ricezione di reddito da *Lavoro Dipendente* e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti dagli Artt. 25 (reddito agrario), 53 (reddito da lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Ai sensi della presente *Polizza-Convenzione*, sono assimilati ai lavoratori autonomi:

- **coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50 comma 1 D.P.R. n. 917/86 lett. a) lavoratori soci di cooperative, c) borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, g) indennità parlamentari ed assimilate;**
- **i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) o che comunque non sia regolato dal diritto italiano.**

Lavoratore Dipendente Privato

La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore. Sono considerati lavoratori dipendenti privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

Lavoratore Dipendente Pubblico

Per convenzione fra le *Parti* si considera *Lavoratore Dipendente Pubblico* la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento Autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli istituti autonomi Case Popolari, le camere di commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura e loro associazioni, tutti gli Enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti di Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D. Lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli Enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Limite di Indennizzo (o Massimale)

La somma massima dovuta dalla *Compagnia* all'*Aderente/Assicurato* in caso di sinistro.

Liquidazione

Pagamento da parte della *Compagnia* all'*Aderente/Assicurato* della *Prestazione* dovuta al verificarsi del *Sinistro*.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipenda da *Infortunio*.

Malattia grave

Si intendono le patologie indicate all'Art. 27.

Modulo di adesione

E' il modulo tempo per tempo vigente predisposto dalla Compagnia per l'adesione alla Polizza-Convenzione "Mediolanum Polizza Protezione Prestito", nr. 98452-4304228.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia né *Lavoratore Autonomo*, né *Lavoratore Dipendente Privato*, né *Lavoratore Dipendente Pubblico*. Sono altresì considerati non lavoratori i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulate all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Parti

Contraente, Aderente/Assicurato, Compagnia.

Parto

Espulsione spontanea o estrazione strumentale del feto e degli annessi fetali dall'utero materno.

Perdita di lavoro

La risoluzione definitiva del contratto di lavoro in corso tra l'*Aderente/Assicurato, Lavoratore Dipendente Privato*, ed il relativo *Datore di lavoro* derivante da recesso di quest'ultimo.

Periodo di osservazione

E' il periodo di tempo successivo alla *Liquidazione* totale e definitiva di un sinistro relativo alla *Perdita di lavoro* durante il quale l'*Aderente/Assicurato* deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia connessa ad un nuovo *Sinistro* per la medesima garanzia.

Polizza-Convenzione (o Contratto)

E' il contratto stipulato dalla *Contraente* con la *Compagnia*, a favore dei clienti che abbiano stipulato un contratto di Finanziamento con Banca Mediolanum S.p.A..

Premio

La somma dovuta alla *Compagnia* per le coperture assicurative prestate. Il *Premio* viene corrisposto dall'*Aderente/Assicurato* alla *Compagnia*, per il tramite della *Contraente*.

Questionario Sanitario

E' il documento che ogni *Aderente/Assicurato* deve compilare prima dell'adesione alla *Copertura Assicurativa*.

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'*Impresa di assicurazione*, ad esempio l'*Aderente/Assicurato*, il beneficiario e il danneggiato.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la *Copertura Assicurativa*.

NORME CHE REGOLANO LA POLIZZA PROTEZIONE PRESTITO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La presente *Polizza-Convenzione* è stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. (*Contraente*) e Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (*Compagnia*) al fine di prestare la *Copertura Assicurativa* all'*Aderente/Assicurato*, nominativamente indicato nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3 Ed. 10-2017 e successive), che abbia espresso la volontà di aderire alla presente *Polizza-Convenzione* sottoscrivendo il suddetto modulo e che sia intestatario di un *Finanziamento* erogato dalla *Contraente* medesima.

Art. 1 - Dichiarazioni dell'*Aderente/ Assicurato* in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'*Aderente/Assicurato* e di ogni altro eventuale *Aderente/Assicurato*, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto all'*Indennizzo* ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., epilessia, sindromi organiche cerebrali.

Il manifestarsi di tali condizioni, nel corso della *Copertura Assicurativa*, libera la *Compagnia* dagli obblighi contrattuali nei confronti dell'*Aderente/Assicurato* affetto da quanto sopra, determinando la risoluzione del rapporto assicurativo e il rimborso del *Premio* al netto delle imposte.

Art. 3 - Limiti di età

La presente *Polizza-Convenzione* vale per persone di *Età*:

- **non inferiore a 18 anni;**
- non superiore a 75 anni e termina per quelle che raggiungono tale limite di *Età* e ciò indipendentemente dalla data di scadenza del *Finanziamento*. Pertanto, qualora l'*Aderente/Assicurato* raggiunga tale limite di *Età* nel corso della durata del *Contratto*, le prestazioni assicurative cesseranno alle ore 24 del giorno,

mezzogiorno ed anno di compimento del 75° anno di *Età* da parte dell'*Aderente/Assicurato*.

Art. 4 - Decorrenza e cessazione della *Copertura Assicurativa*

Le coperture assicurative, fermi i periodi di *Carenza* previsti dalle Condizioni di Assicurazione, decorrono dalle **ore 24 della data di erogazione del *Finanziamento* (*Data di Decorrenza*)** e terminano alle **ore 24 del giorno di scadenza originariamente convenuta nel contratto di *Finanziamento*** (giorno di scadenza dell'ultima rata secondo l'originale piano di *Ammortamento*).

La *Copertura Assicurativa*, inoltre, termina contestualmente al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- a) **decesso non dipendente da *Infortunio* dell'*Aderente/Assicurato***, nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo *Aderente/Assicurato*. Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due aderenti/assicurati, nel caso di decesso non dipendente da *Infortunio* di uno solo dei due aderenti/assicurati, le prestazioni assicurative continueranno ad essere operanti per l'altro *Aderente/Assicurato* (rimasto in vita); per quest'ultimo, la percentuale di *Indennizzo* inizialmente indicata nella dichiarazione di adesione contenuta nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3) corrisponderà al 100%.
Ad esempio:
Aderente/Assicurato 1: percentuale di *Indennizzo* = 25%;
Aderente/Assicurato 2: percentuale di *Indennizzo* = 75% In caso di decesso a causa di *Malattia* dell'*Aderente/Assicurato* 1. La nuova percentuale di *Indennizzo* per l'*Assicurato* 2 sarà pari al 100%.
- b) **Raggiungimento del limite di *Età* dell'*Aderente/Assicurato* (75 anni compiuti)** nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo *Aderente/Assicurato*. Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due aderenti/assicurati, nel caso in cui uno dei due aderenti/assicurati compia 75 anni, tali prestazioni continueranno ad essere operanti per l'altro *Aderente/Assicurato*; per quest'ultimo la percentuale di *Indennizzo*, inizialmente indicata nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3), corrisponderà al 100% e ciò a decorrere dalle ore 24 del giorno del compimento del 75° anno di uno degli aderenti/assicurati.
- c) **Liquidazione dell'*Indennizzo* dovuto in caso di decesso da *Infortunio*, *Invalidità Permanente Totale* da *Infortunio* o *Malattia*,**

nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo *Aderente/Assicurato*.

Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due aderenti/assicurati le stesse continueranno ad essere operanti per l'altro *Aderente/Assicurato* mantenendo per quest'ultimo la medesima percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3).

Ad esempio:

Aderente/Assicurato 1: percentuale di *Indennizzo* = 25%;

Aderente/Assicurato 2: percentuale di *Indennizzo* = 75%.

In caso di decesso per *Infortunio* all'Assicurato 1 viene liquidato l'*Indennizzo* dovuto pari al 25% del debito residuo. La percentuale di *Indennizzo* per l'*Aderente/Assicurato* 2 resta pari al 75% del debito residuo.

Si specifica inoltre che le sole garanzie "Malattia Grave" e "Perdita di lavoro" o "Grande Intervento Chirurgico" termineranno contestualmente alla Liquidazione del Massimale previsto nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo *Aderente/Assicurato*.

Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due aderenti/assicurati le stesse continueranno ad essere operanti per l'altro *Aderente/Assicurato* mantenendo per quest'ultimo la medesima percentuale di *Indennizzo* indicata nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3).

Art. 5 - Pagamento del Premio

I premi assicurativi devono essere corrisposti, anticipatamente e in un'unica soluzione, dall'*Aderente/Assicurato* alla *Compagnia*, per il tramite della *Contraente*.

Il *Premio*, unico e anticipato, è corrisposto contestualmente all'erogazione del *Finanziamento*. Nel caso in cui il *Premio* sia finanziato, il relativo importo è trattenuto dall'importo del mutuo concesso da Banca Mediolanum e da quest'ultima trasmesso alla *Compagnia*.

Il *Premio* è determinato dall'importo del *Finanziamento*. Il tasso di premio lordo è 4,5% per massimali fino a 250.000,00 €; 3,5% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000,00 €.

Se l'*Aderente/Assicurato* non corrisponde i premi, la *Polizza-Conventione* resta sospesa e le prestazioni assicurative riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 6 - Diritto di recesso

L'*Aderente/Assicurato* ha la facoltà di recedere dal presente *Contratto* entro 60 (sessanta) giorni dal

momento in cui lo stesso si è concluso (data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa*) dandone comunicazione scritta alla *Compagnia* a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. In tal caso avrà diritto alla restituzione del *Premio* versato, al netto di:

- spese per l'emissione del *Contratto*, pari a euro 25,00;
- imposte versate dalla *Compagnia*;
- quota di *Premio* relativo al rischio corso nel periodo durante il quale il *Contratto* ha avuto effetto.

Trascorso detto periodo, l'*Aderente/Assicurato* ha facoltà di recedere ad ogni ricorrenza annuale della polizza con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni, secondo le medesime modalità sopra indicate. Anche in tal caso avrà diritto alla restituzione del *Premio* versato, al netto delle spese amministrative (pari a euro 25,00), delle imposte versate e della eventuale quota relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il *Contratto* ha avuto effetto, con efficacia dalla fine dell'annualità assicurativa in cui tale facoltà è stata esercitata.

L'importo della quota parte di *Premio* non goduto verrà automaticamente accreditato dalla *Compagnia* sul conto corrente utilizzato per il pagamento delle rate del finanziamento o, nel caso di conto corrente acceso presso un istituto diverso da Banca Mediolanum o estinto, corrisposto mediante assegno circolare o di traenza, salvo diversa indicazione dell'*Aderente/Assicurato*. La restituzione del *Premio* sarà effettuata entro 30 (trenta) giorni dalla data del recesso.

In caso di più aderenti/assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° *Aderente/Assicurato*, indicato nel *Modulo di Adesione*.

Art. 7 - Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento

Estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Qualora, nel corso della durata della *Polizza-Conventione*, siano intervenute estinzioni parziali del *Mutuo*, stipulato con Banca Mediolanum, la *Compagnia* restituisce all'*Aderente/Assicurato* la parte di *Premio* non goduto in misura proporzionale rispetto al rimborso della quota parte del capitale finanziato, adeguando conseguentemente la *Prestazione*.

L'importo della quota parte di *Premio* non goduto verrà automaticamente accreditato dalla *Compagnia* sul conto corrente utilizzato per il pagamento delle rate del finanziamento o, nel caso di conto corrente acceso presso un istituto diverso da Banca Mediolanum o estinto, corrisposto mediante assegno

circolare o di traenza, salvo diversa indicazione dell'*Aderente/Assicurato*. La restituzione del *Premio* sarà effettuata entro 30 (trenta) giorni dalla data della comunicazione di avvenuta estinzione anticipata parziale inviata da Banca Mediolanum.

In caso di più aderenti/assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° *Aderente/Assicurato*, indicato nel *Modulo di Adesione*. In alternativa, su richiesta del *Contraente*, la *Compagnia* fornisce la *Copertura Assicurativa*, secondo le condizioni vigenti alla data dell'operazione di estinzione anticipata parziale. Tale ultima richiesta dovrà essere inviata alla *Compagnia* a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 20 (venti) giorni dalla comunicazione di avvenuta estinzione anticipata parziale da parte della Banca.

Esempio restituzione Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata totale o parziale del Prestito

Importo del Prestito erogato: 300.000,00 €

Durata del Prestito: 5 anni

Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2018

Data di estinzione totale o parziale del Prestito: 01/03/2021

Debito residuo del Prestito alla data estinzione (al tasso d'interesse annuo del 7%): 192.387,24 €

Data di scadenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2023

Premio unico: (250.000,00 € x 4,5%) + (50.000,00 € x 3,5%) = 13.000,00 € (al lordo di imposte)

Premio imponibile: 13.000,00 € - 317,08 € (imposte) = 12.682,92 € (al netto di imposte 2,5%)

Estinzione totale

Premio da restituire: 12.682,92 € (Premio imponibile) x 2 (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata copertura) = 5.070,39 € (parte riferita al periodo futuro)

Estinzione parziale per l'importo di 90.000,00 €

Premio da restituire: 12.682,92 € (Premio imponibile) x 2 (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata copertura) x 90.000,00 € (estinzione parziale) / 192.387,24 € (debito residuo) = 2.371,96 €

Totale importo da restituire

Estinzione totale: 5.070,39 € - 25,00 € (spese amministrative) = 5.045,39 €

Estinzione parziale: 2.371,96 € - 25,00 € (spese amministrative) = 2.346,96 €.

Estinzione anticipata totale trasferimento del Finanziamento presso altro istituto di credito Nel caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del *Finanziamento*, la *Compagnia* restituisce all'*Aderente/Assicurato* la parte di *Premio* pagato

relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte e delle spese amministrative di cui al precedente Art. 6. L'importo della quota parte di *Premio* non goduto verrà automaticamente accreditato dalla *Compagnia* sul conto corrente utilizzato per il pagamento delle rate del finanziamento o, nel caso di conto corrente acceso presso un istituto diverso da Banca Mediolanum o estinto, corrisposto mediante assegno circolare o di traenza, salvo diversa indicazione dell'*Aderente/Assicurato*. La restituzione del *Premio* sarà effettuata entro 30 (trenta) giorni dalla data di estinzione anticipata totale o di trasferimento del *Finanziamento* presso altro istituto di credito. In caso di più aderenti/assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° *Aderente/Assicurato*, indicato nel *Modulo di Adesione*.

La *Compagnia* potrà trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del *Premio*, nella misura indicata nel *Modulo di Adesione*. Qualora l'importo del premio non goduto sia inferiore alle spese sostenute dalla *Compagnia*, lo stesso sarà trattenuto dalla *Compagnia* a compensazione delle spese sostenute.

In alternativa, su richiesta dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* fornisce la *Copertura Assicurativa* fino alla scadenza contrattuale. Tale richiesta dovrà essere inviata alla *Compagnia* entro e non oltre 20 (venti) giorni dalla data di avvenuta estinzione totale o di trasferimento del *Finanziamento* presso altro istituto di credito.

In quest'ultimo caso le garanzie rimangono in vigore sino al termine del piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto (Art. 4). ***Esempio restituzione Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata totale: Importo del Finanziamento erogato: 300.000,00 €***

Data Decorrenza della Copertura Assicurativa 01/03/2018; data scadenza 01/03/2023; data estinzione 01/03/2021.

Calcolo del Premio unico anticipato:

(250.000,00 € x 4,5%) + (50.000,00€ x 3,5%) = 13.000,00 € (al lordo di imposte) -317,08€ (imposte) = 12.682,92 € (al netto di imposte 2,5%).

12.682,92 € (Premio imponibile) x 2 (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata Finanziamento) = 5.070,39 - 25,00 € (spese amministrative) = 5.045,39 € (importo da restituire)

Art. 8 - Beneficiari

I Beneficiari delle prestazioni liquidate in base alle garanzie "*Invalità Permanente*", "*Perdita di*

lavoro", "Grande Intervento Chirurgico" e "Malattia Grave" sono gli aderenti/assicurati.

Il Beneficiario delle prestazioni liquidate in base alla garanzia "Decesso da *Infortunio*" è ogni soggetto che, al momento del decesso dell'*Aderente/Assicurato*, risulti essere nell'ordine:

- coobbligato, con l'*Aderente/Assicurato*, in relazione al *Finanziamento* in qualità di fideiussore o, comunque, di garante a qualunque titolo dell'*Aderente/Assicurato* medesimo; ovvero, in mancanza di coobbligati;
- cointestatario, insieme con l'*Aderente/Assicurato*, del *Finanziamento*; ovvero, in mancanza di cointestatari;
- coniuge dell'*Aderente/Assicurato* non legalmente separato; ovvero, in mancanza di coniuge;
- erede testamentario dell'*Aderente/Assicurato*; ovvero, in mancanza di eredi testamentari;
- erede legittimo dell'*Aderente/Assicurato*.

Art. 9 - Modifiche della Polizza-Conventione

Le eventuali modifiche della *Polizza-Conventione* devono essere provate per iscritto.

Art. 10 - Altre assicurazioni - Cumulo

Le coperture assicurative prestate possono coesistere con altre assicurazioni, senza obbligo dell'*Aderente/Assicurato* di darne avviso alla *Compagnia*.

Art. 11 - Periodo di prescrizione

Ogni diritto nei confronti della *Compagnia* si prescrive entro il termine di due anni dalla data del *Sinistro* che ha dato origine al diritto alla *Prestazione e/o* garanzia in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge - Limiti territoriali

- a. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il presente *Contratto* è regolato dalla legge italiana.
- b. Ad eccezione della garanzia "*Perdita di Lavoro*", per la quale il rapporto di lavoro dell'*Aderente/Assicurato* deve essere assoggettato ad un contratto di diritto italiano, tutte le altre garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma il verificarsi dell'evento assicurato deve essere certificato da un medico che eserciti nell'Unione Europea.
Resta comunque convenuto che gli indennizzi

spettanti a termini di *Contratto* verranno pagati in Italia in valuta corrente.

Art. 13 - Regime fiscale

- Imposta sui premi

Ai premi relativi al presente *Contratto* è applicata l'imposta del 2,5%.

- Detrazione dei premi versati

Alla data di redazione del presente *Fascicolo Informativo* la normativa fiscale (Art. 15, lett. f) del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente all'*Aderente/Assicurato* di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto il rischi di morte o di *Invalità Permanente* superiore al 5 per cento da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, versati nell'anno solare nella misura e per gli importi massimi definiti dal citato articolo di legge. Nel computo del predetto limite si deve tener conto anche dei premi versati per altre polizze che consentono la detrazione alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

- Tassazione della prestazione erogata

Le somme corrisposte al verificarsi del *Sinistro* sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

- Tassazione della prestazione erogata in forma capitale per il caso di decesso dell'Aderente/Assicurato

Le somme corrisposte al verificarsi delle prestazioni assicurate sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Art. 14 - Denuncia del Sinistro

In caso di *Sinistro*, l'*Aderente/Assicurato* o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla *Compagnia* entro e non oltre 20 giorni dalla data di accadimento del *Sinistro*, mediante una delle seguenti modalità:

- Online: "Denuncia Sinistro", collegandosi al sito bancamediolanum.it ed accendo alla sezione "Protezione" all'interno della propria Area Personale;
- Posta raccomandata: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Si.R.E., Palazzo Meucci, 1° piano, Via F. Sforza 15, 20080 Basiglio (MI);
- Fax: n. 02.9045.1308;
- [E-mail: sire@mediolanum.it](mailto:sire@mediolanum.it);
- Contattando il proprio Family Banker.

Per la gestione del *Sinistro* sarà poi necessaria ulteriore documentazione che verrà comunicata

dalla Compagnia attraverso un Tutor che prenderà in carico la pratica.

La denuncia dovrà contenere:

- a) in caso di *Infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dovrà essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici; qualora l'*Infortunio* abbia determinato un ricovero, dovrà essere inviata copia della cartella clinica;
- b) in caso di *Malattia*, copia della cartella clinica ed ogni altro certificato o documento relativo alla patologia denunciata

Art. 15 - Rinuncia al Diritto di surroga

La *Compagnia* rinuncia al *Diritto di surroga* di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, salvo il caso di dolo, verso i responsabili dell'evento.

Art. 16 - Colpa grave e tumulti popolari

In deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, si considerano in copertura i sinistri causati da colpa grave dell'*Aderente/Assicurato*.

In deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, si considerano in copertura i sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'*Aderente/Assicurato* non vi abbia preso parte attiva.

Art. 17 - Arbitrato

Per le controversie relative alla presente *Polizza- Convenzione* è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'*Aderente/Assicurato*.

Qualora tra l'*Aderente/Assicurato*, o i suoi aventi diritto, e la *Compagnia* insorgano controversie sulla natura o sulle conseguenze del *Sinistro*, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo nominato di comune accordo tra i primi due o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'*Aderente/Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*Infortunio* o della *Malattia* ad epoca da definirsi

dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. L'*Aderente/Assicurato* deve trasmettere la documentazione completa relativa al *Sinistro* prima dell'inizio dell'arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'*Aderente/Assicurato* proceda all'esibizione di ulteriore documentazione che possa influire sull'esito, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare la riunione per un periodo non superiore a 60 (sessanta) giorni, per consentire alla *Compagnia* il riesame del *Sinistro* alla luce dei nuovi elementi di giudizio. Nel momento in cui la documentazione risulti influente ai fini della valutazione del *Sinistro*, sono a carico dell'*Aderente/Assicurato* le eventuali maggiori spese conseguenti alla ritardata esibizione dei documenti.

Art. 18 - Variazione dello status lavorativo (Garanzie "Perdita di lavoro" e "Grande Intervento Chirurgico")

Le garanzie "Perdita di lavoro" e "Grande Intervento Chirurgico" operano in base allo status lavorativo dichiarato dall'*Aderente/Assicurato* in fase di sottoscrizione del *Contratto* e della modifica dello stesso eventualmente intervenuta nel corso della *Durata del contratto*. Qualora l'*Aderente/Assicurato*, durante il periodo di validità della *Copertura Assicurativa*, vari il proprio status lavorativo rispetto a quello dichiarato in fase di sottoscrizione del *Contratto* dovrà darne tempestiva comunicazione scritta alla *Compagnia* a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai fini dell'attivazione della nuova *Copertura Assicurativa*. Esempio: per l'*Aderente/Assicurato* che sia *Lavoratore Dipendente Privato* e, nel corso della *Copertura Assicurativa* diventi *Lavoratore Autonomo*, opererà la garanzia "Grande Intervento Chirurgico" solo dopo la comunicazione scritta alla *Compagnia*.

Inoltre, nello specifico, per l'*Aderente/Assicurato* che sia *Lavoratore Autonomo*, *Lavoratore Dipendente Pubblico* oppure *Non Lavoratore* e, nel corso della *Copertura Assicurativa* diventi *Lavoratore Dipendente Privato*, opererà la garanzia "Perdita di lavoro" dal momento della comunicazione scritta della stessa alla *Compagnia* e solo dopo che:

- **l'*Aderente/Assicurato* abbia superato il periodo di prova e,**

- sia trascorso un periodo di almeno **180 giorni consecutivi** (c.d. periodo di **Carenza**) dal momento in cui l'**Aderente/Assicurato** sia diventato **Lavoratore Dipendente Privato** e sia stato assunto con un contratto di lavoro di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

Le garanzie "**Invalidità Permanente Totale da Infortunio**" o "**Malattia**" e "**Malattia Grave**" saranno sempre operanti alle condizioni previste al momento della sottoscrizione, indipendentemente dalla variazione dello status lavorativo dell'**Aderente/Assicurato**.

Art. 19 - Esclusioni

Le garanzie non sono operanti per:

- a) le invalidità permanenti di grado superiore al 10%, preesistenti alla data di effetto della **Polizza-Convenzione (Decorrenza della Copertura Assicurativa)**, e non dichiarate all'interno del **Questionario Sanitario** contenuto nel **Modulo di Adesione**, allegato alla presente **Polizza-Convenzione**;
- b) le malattie, di seguito specificate, insorte anteriormente alla data di effetto della **Polizza-Convenzione (Decorrenza della Copertura Assicurativa)** e non dichiarate nel **Questionario Sanitario** contenuto nel **Modulo di Adesione**, allegato alla presente **Polizza-Convenzione**: tumori maligni, angina pectoris, ictus, infarto miocardico, epatite B o C, cirrosi epatica, broncopneumopatie croniche ostruttive, diabete, insufficienza renale cronica, epilessia, infezione da HIV o AIDS, paralisi o deficit motori, sindromi organiche cerebrali, malattie neurologiche degenerative, malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, cecità mono o bi-oculare;
- c) gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'**Aderente/Assicurato** è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'**Aderente/Assicurato** abbia, al momento dell'**Infortunio**, i requisiti per il rinnovo;
- d) gli infortuni conseguenti ad intossicazione acuta causata da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci) nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcol e/o di sostanze psicotrope;
- e) i delitti dolosi compiuti o tentati dall'**Aderente/Assicurato** (Art. 43 del Codice Penale) e gli atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché gli atti temerari, restando comunque coperti da garanzia le invalidità permanenti e i grandi interventi chirurgici determinati da infortuni derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);
- f) le conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche nonché le conseguenze di tumulti popolari cui l'**Aderente/Assicurato** abbia preso parte attiva;
- g) le 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;
- h) i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto della **Polizza-Convenzione (Decorrenza della Copertura Assicurativa)** e le relative complicanze;
- i) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli eventi determinati per effetto di sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- j) le malattie derivanti da infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- k) le malattie e le invalidità permanenti imputabili al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- l) le malattie e le invalidità permanenti derivanti da contaminazione biologica e/o chimica;
- m) gli infortuni e/o le malattie conseguenti ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'**Aderente/Assicurato** per motivi psicologici o personali;
- n) gli infortuni e/o le malattie derivanti dalla pratica (allenamenti, competizioni, gare) di sport:
 1. costituenti per l'**Aderente/Assicurato** attività professionale (o che comunque comportino una remunerazione diretta);
 2. 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;
 3. comportanti l'utilizzo di qualunque

mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;

4. quali free climbing, salto dal trampolino con sci ed idrosci, motocross, trial, hydrospeed, kitesurfing, elibike, speleologia, sci estremo, skeleton e bobsleigh;

o) gli infortuni subiti dall'*Aderente/Assicurato* su aeromobili di Compagnia/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub.

Sono comunque esclusi gli infortuni occorsi durante o conseguenti alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.

Sono inoltre esclusi dalle singole coperture assicurative gli eventi specifici descritti nelle rispettive sezioni.

A. GARANZIE GENERALI

Le garanzie di cui alla presente sezione operano per tutte le categorie lavorative indicate nel Glossario.

A.1) Garanzia Decesso da *Infortunio*

Art. 20 - Oggetto della Garanzia Decesso da *Infortunio*

Con la presente *Copertura Assicurativa*, la *Compagnia* si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'*Indennizzo* all'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro* causato da: **Decesso da *Infortunio*.**

In caso di decesso dell'*Aderente/Assicurato* a seguito di *Infortunio*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo*, di cui al successivo Art. 22.

L'*Indennizzo* per il caso decesso è dovuto se il decesso stesso si verifica, anche successivamente alla scadenza della *Polizza-Convenzione*, entro un anno dal giorno dell'*Infortunio*. L'*Indennizzo* per il caso decesso verrà liquidato come indicato nel precedente Art. 8 - "Beneficiari".

L'*Indennizzo* prevista per il Decesso da *Infortunio* non è cumulabile con quella relativa alla garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* o *Malattia né, per lo stesso Sinistro*, con quella relativa alla garanzia *Grande Intervento Chirurgico*.

Art. 21 - Decesso presunto

Se il corpo dell'*Aderente/Assicurato*, in conseguenza

di annegamento, di incidente da circolazione stradale o da navigazione aerea o marittima, non venisse più ritrovato, la *Compagnia* liquiderà la somma dovuta a termini di *Contratto*, purché siano trascorsi almeno due anni dal giorno in cui si è verificato l'incidente. Nel caso in cui il pagamento dell'*Indennizzo* sia stato effettuato ed in seguito l'*Aderente/Assicurato* ricompaia o si abbiano di lui notizie certe, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione della somma pagata, fermi in ogni caso i diritti eventualmente spettanti all'*Aderente/Assicurato* per menomazioni indennizzabili ai sensi della presente *Polizza-Convenzione*.

Art. 22 - *Indennizzo* per il caso di Decesso da *Infortunio*

In caso di Decesso da *Infortunio* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà al beneficiario, un importo pari al debito residuo (in linea capitale) determinato in base al piano di rimborso del *Finanziamento* originariamente convenuto e risultante alla data di denuncia del *Sinistro*, fermi i limiti massimi previsti nel presente articolo. Conseguentemente l'*Indennizzo* sarà decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di *Ammortamento* relativo al *Finanziamento* concesso all'*Aderente/Assicurato*.

Qualora siano stati già corrisposti, per lo stesso *Sinistro*, indennizzi per la garanzia *Grande Intervento Chirurgico*, l'*Indennizzo* per Decesso da *Infortunio* corrisponderà all'importo del debito residuo (in linea capitale) alla data di denuncia del *Sinistro*, sottratti gli importi già corrisposti.

In caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto al precedente Art. 4.

In caso di Decesso da *Infortunio* dell'*Aderente/Assicurato* denunciata successivamente all'estinzione parziale anticipata del *Finanziamento*, la *Compagnia* indennizzerà il beneficiario di una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data di denuncia del *Sinistro*, fermi i limiti di *Indennizzo* di seguito previsti. Nel caso di estinzione anticipata totale del *Finanziamento* e *Copertura Assicurativa* ancora in vigore, la *Compagnia* indennizzerà una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data di denuncia del *Sinistro* come da piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto, fermi i limiti di *Indennizzo* di seguito previsti.

Resta convenuto che, in caso Decesso da *Infortunio*

indennizzabile, l'esborso massimo della *Compagnia* non potrà superare la somma di:

- euro 500.000,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione (Mod. ppp3)**, sia stato indicato un solo **Aderente/Assicurato**;
- euro 500.000,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione (Mod. ppp3)**, siano stati indicati due aderenti/assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni **Aderente/Assicurato**, nel **Modulo di Adesione** stesso.

A.2) Garanzia **Invalidità Permanente da Infortunio**

Art. 23 - Oggetto della Garanzia **Invalidità Permanente da Infortunio**

Con la presente *Copertura Assicurativa*, la *Compagnia* si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'*Indennizzo* all'*Aderente/Assicurato* in caso di **Sinistro** causato da: **Invalidità Permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 70%**.

In caso di **Invalidità Permanente da Infortunio** dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo* di cui al successivo Art. 24, qualora:

- a) il **Sinistro** non rientri nelle esclusioni previste nel precedente Art. 19;
- b) l'**Infortunio** si sia verificato dalle ore 24 della data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa*;
- c) la *Compagnia* abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'*Indennizzo*. A tale proposito l'*Aderente/Assicurato* deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Compagnia*, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando il medico dal segreto professionale.

La *Compagnia* corrisponde l'*Indennizzo* per le conseguenze dirette ed esclusive dell'**Infortunio**. Se al momento del **Sinistro** l'*Aderente/Assicurato* non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora il **Sinistro** avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

La valutazione della **Invalidità Permanente** viene effettuata secondo le modalità e i criteri seguenti:

- sulla base della documentazione ricevuta con la denuncia del **Sinistro**, la *Compagnia* verificherà che sia residua l'**Invalidità Permanente Totale**;

- nel momento in cui i postumi siano stabilizzati e quantificabili, la *Compagnia* provvederà a sottoporre l'*Aderente/Assicurato* ad accertamenti diretti tramite medici di propria fiducia;
- per il calcolo del grado di invalidità si adottano le percentuali presenti nella Tabella Allegato 1 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche - Allegato 1);
- la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso;
- se trattasi di minorazioni le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti nello stesso evento, il grado di invalidità viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione, fino al limite massimo del 100%;
- nei casi di **Invalidità Permanente** non specificati nella tabella sopracitata, l'*Indennizzo* è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* ad una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione; non è quindi prevista la sopravvalutazione delle percentuali di **Invalidità Permanente** specifica in relazione all'attività lavorativa esercitata dall'*Aderente/Assicurato* (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.);
- in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.

L'Indennizzo previsto per l'Invalidità Permanente da Infortunio non è cumulabile con la garanzia Invalidità Permanente da Malattia o Decesso da Infortunio né, per lo stesso **Sinistro**, con quella relativa alla garanzia **Grande Intervento Chirurgico**.

Art. 24 - **Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio**

In caso di **Invalidità Permanente da Infortunio** dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà allo stesso, un importo pari al debito residuo (in linea capitale) determinato in base al piano di rimborso del finanziamento convenuto e risultante alla data di denuncia del **Sinistro**, fermi i limiti massimi previsti nel presente articolo. Conseguentemente l'*Indennizzo* decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di Ammortamento relativo al *Finanziamento* concesso all'*Aderente/Assicurato*.

Qualora siano stati già corrisposti, per lo stesso *Sinistro*, indennizzi per *Grande Intervento Chirurgico*, l'*Indennizzo* per *Invalidità Permanente* da *Infortunio* corrisponderà all'importo del debito residuo (in linea capitale) alla data di denuncia del *Sinistro*, sottratti gli importi già corrisposti.

In caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto al precedente Art. 4.

In caso di *Invalidità Permanente* da *Infortunio* dell'*Aderente/Assicurato* denunciata successivamente all'estinzione parziale anticipata del *Finanziamento*, la *Compagnia* indennizzerà una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data di denuncia del *Sinistro*, fermi i *Limiti* di *Indennizzo* di seguito previsti.

Nel caso di estinzione anticipata totale del *Finanziamento* e *Copertura Assicurativa* ancora in vigore, la *Compagnia* indennizzerà una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data di denuncia del *Sinistro* come da piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto, fermi i *Limiti* di *Indennizzo* di seguito previsti.

Qualora si verifichi il decesso dell'assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità prima dell'eventuale periodo minimo comunicato dalla Compagnia per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità ovvero prima dell'accertamento medico-legale da parte della Compagnia, l'indennizzo verrà liquidato agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato previa acquisizione di documentazione (che verrà comunque valutata dalla Compagnia) idonea ad accertare il diritto all'indennizzo medesimo nonché la stabilizzazione dei postumi in capo all'Assicurato.

Resta convenuto che, in caso di *Invalidità Permanente* da *Infortunio* indennizzabile, l'esborso massimo della *Compagnia* non potrà superare la somma di:

- euro 500.000,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione (Mod. ppp3)**, sia stato indicato un solo **Aderente/Assicurato**;
- euro 500.000,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione (Mod. ppp3)**, siano stati indicati due aderenti/assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni **Aderente/Assicurato**, nel **Modulo di Adesione** stesso.

A.3) Garanzia *Invalidità Permanente da Malattia*

Art. 25 - Oggetto della garanzia *Invalidità Permanente da Malattia*

Con la presente *Copertura Assicurativa*, la *Compagnia* si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'*Indennizzo* all'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro* causato da:

***Invalidità Permanente da Malattia* di grado pari o superiore al 70%.**

In caso di *Invalidità Permanente da Malattia* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo* di cui al successivo Art. 26, qualora:

- a) la *Malattia* sia insorta **dopo il 90° giorno successivo alla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa (periodo di Carezza)**;
- b) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui all'Art. 20;
- c) la *Compagnia* abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'*Indennizzo*. A tale proposito l'*Aderente/Assicurato* deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Compagnia*, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando il medico dal segreto professionale.

La valutazione della *Invalidità Permanente* viene effettuata secondo le modalità e i criteri seguenti:

- sulla base della documentazione ricevuta con la denuncia del *Sinistro*, la *Compagnia* verificherà che sia residuata l'*Invalidità Permanente Totale*;
- qualora non possa essere stabilito, secondo le consolidate indicazioni della scienza medica, che i postumi siano stabilizzati e quantificabili, la *Compagnia* provvede, entro i successivi 60 (sessanta) giorni, a sottoporre l'*Aderente/Assicurato* ad accertamenti diretti tramite medici di propria fiducia;
- per il calcolo del grado di invalidità si adottano le percentuali presenti nella Tabella Allegato 1 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche - Allegato 1);
- calcolando per ogni singola *Malattia* la percentuale di *Invalidità Permanente*. La percentuale di *Invalidità Permanente* viene valutata per la singola *Malattia* denunciata e non può essere sommata con eventuali altre invalidità permanenti conseguenti ad altre malattie;
- la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso;
- se trattasi di minorazioni le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, il grado di invalidità viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione, fino al limite massimo del 100%;

- nei casi di *Invaldità Permanente* non specificati nella tabella sopraccitata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/ Assicurato* ad una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione; non è quindi prevista la supervalutazione delle percentuali di *Invaldità Permanente* specifica in relazione all'attività lavorativa esercitata dall'*Aderente/ Assicurato* (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.);
 - in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
 - in caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.
- L'Indennizzo previsto per l'Invaldità Permanente da Malattia non è cumulabile con quella relativa alla garanzia Invaldità Permanente da Infortunio e Decesso da Infortunio** né, per lo stesso sinistro, con quelle relative alle garanzie **Malattia Grave e Grande Intervento Chirurgico**.

Art. 26 - Indennizzo per il caso di Invaldità Permanente da Malattia

In caso di *Invaldità Permanente* da *Malattia* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà allo stesso, un importo pari al debito residuo (in linea capitale) determinato in base al piano di rimborso del *Finanziamento* originariamente convenuto e risultante alla data di denuncia del *Sinistro*, fermi i limiti massimi previsti nel presente articolo. Conseguentemente l'*Indennizzo* sarà decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di *Ammortamento* relativo al *Finanziamento* concesso all'*Aderente/Assicurato*. Qualora siano stati già corrisposti, per lo stesso *Sinistro*, indennizzi per *Grande Intervento Chirurgico* o *Malattia Grave*, l'*Indennizzo* per *Invaldità Permanente* da *Malattia* corrisponderà all'importo del debito residuo (in linea capitale) alla data di denuncia del *Sinistro*, sottratti gli importi già corrisposti.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto al precedente Art. 4.

In caso di *Invaldità Permanente* da *Malattia* dell'*Aderente/Assicurato* denunciata successivamente all'estinzione parziale anticipata del *Finanziamento*, la *Compagnia* indennizzerà una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data

di denuncia del *Sinistro*, fermi i *Limiti di Indennizzo* di seguito previsti.

Nel caso di estinzione anticipata totale del *Finanziamento* e *Copertura Assicurativa* ancora in vigore, la *Compagnia* indennizzerà una somma pari al debito residuo (in linea capitale) risultante alla data di denuncia del *Sinistro* come da piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto, fermi i *Limiti di Indennizzo* di seguito previsti.

Qualora si verifichi il decesso dell'assicurato per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità prima dell'eventuale periodo minimo comunicato dalla *Compagnia* per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità ovvero prima all'accertamento medico legale da parte della *Compagnia*, l'indennizzo verrà liquidato agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato previa acquisizione di documentazione (che verrà comunque valutata dalla *Compagnia*) idonea ad accertare il diritto all'indennizzo medesimo nonché la stabilizzazione dei postumi in capo all'Assicurato.

Resta convenuto che, in caso di Invaldità Permanente da Malattia indennizzabile a termini di Contratto, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare la somma di:

- euro 500.000,00 nel caso in cui nel *Modulo di Adesione (Mod. PPP3)*, sia stato indicato un solo *Aderente/Assicurato*;
- euro 500.000,00 nel caso in cui nel *Modulo di Adesione (Mod. PPP3)*, siano stati indicati due aderenti/assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni *Aderente/Assicurato*, nel *Modulo di Adesione* stesso.

A.4) Garanzia Malattia Grave

Art. 27 - Oggetto della garanzia Malattia Grave

In caso di *Malattia Grave*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* l'*Indennizzo*, di cui al successivo Art. 28, qualora:

- a) la *Malattia Grave* sia insorta successivamente alla data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa* e purché sia trascorso il **periodo di Carenza (90 giorni dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa)**;
- b) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni previste nel precedente Art. 19 né in quelle specifiche precisate nell'elenco riportato al seguente comma c);
- c) la *Malattia* diagnosticata da un medico corrisponda ad una delle malattie gravi previste nel seguente elenco:

Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi dovrà essere confermata da una visita specialistica e la patologia dovrà essere valutata sulla base dei seguenti fattori che, ai fini della *Liquidazione* della *Prestazione* assicurata, dovranno essere tutti presenti:

- 1) storia clinica del tipico dolore cardiaco;
- 2) alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
- 3) alterazione degli enzimi cardiaci, troponina o altri markers biochimici.

Sono esclusi dalla garanzia:

- l'infarto miocardico senza slivellamento del tratto ST (NSTEMI) con solo aumento della Troponina I o T;
- le altre sindromi coronariche acute (ad esempio l'angina pectoris sia stabile che instabile);
- l'infarto silente del miocardio.

Ictus

Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca conseguenze neurologiche permanenti e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista e trovare riscontro nei sintomi clinici tipici come i risultati di una TAC cerebrale (Tomografia Assiale Computerizzata) e di una MRI (Risonanza Magnetica Nucleare) cerebrale. Deve esservi prova documentata di deficit neurologico di durata pari ad almeno 3 mesi a partire dalla data della diagnosi.

Sono esclusi:

- l'**ischemia transitoria (TIA)**;
- **le lesioni cerebrali traumatiche**;
- **i sintomi neurologici secondari conseguenti ad emicrania**;
- **l'infarto lacunare senza deficit neurologico**.

Innesto di by-pass aortocoronarico

Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La necessità dell'intervento deve essere provata mediante esame coronarografico e la sua realizzazione confermata da uno specialista. **Vengono invece escluse:**

- **l'angioplastica**;
- **tutte le procedure terapeutiche intra-atriali**;
- **l'intervento mediante la tecnica del key-hole (chirurgia del buco della serratura)**.

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. La diagnosi deve essere provata con esame istologico. Si intendono coperti anche la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hodgkin.

Dalla garanzia sono esclusi:

- **la neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN)**;
- **qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno**;
- **ogni cancro non invasivo (cancro in situ)**;
- **il cancro alla prostata allo stadio 1 (T1a, 1b,1c)**;
- **il carcinoma basocellulare e il carcinoma a cellule squamose**;
- **il melanoma maligno allo stadio IA (T1A, N0, M0) e ogni tumore maligno in presenza di HIV**.

Insufficienza renale

Malattia renale terminale che si presenta come una perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'*Aderente/Assicurato* sottoposto regolarmente a dialisi (dialisi peritoneale o emodialisi) o in attesa di un trapianto renale. La diagnosi deve essere confermata da parte di uno specialista.

L'Indennizzo previsto per la Malattia Grave non è cumulabile, per lo stesso Sinistro, con la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Art. 28 - Indennizzo per il caso di Malattia Grave

1. In caso di *Sinistro* viene corrisposto dalla *Compagnia* all'*Aderente/Assicurato* un *Indennizzo* versato in un'unica soluzione e corrispondente a **12 rate mensili** (comprehensive di capitale ed interessi) di **rimborso del Finanziamento**.

Per il calcolo dell'*Indennizzo* dovuto, la *Compagnia* utilizzerà l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, con il limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra tale importo e quello della rata iniziale. Nel caso in cui lo scostamento (positivo o negativo) tra i due importi dovesse essere superiore al 30% la *Compagnia* calcolerà l'importo dell'*Indennizzo* dovuto utilizzando:

- a) l'importo della rata iniziale incrementato del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è superiore allo scostamento previsto;
- b) l'importo della rata iniziale ridotto del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è inferiore allo scostamento previsto.

2. L'*Indennizzo* massimo che la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* per ciascun evento, fermo quanto previsto nel precedente comma 1), è pari all'importo corrispondente a:

- **12 rate mensili** di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3) sia stato indicato un solo *Aderente/Assicurato*;
- **12 rate mensili** di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nella nel *Modulo di adesione* (Mod. PPP3) siano stati indicati due aderenti/ assicurati.

- In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni *Aderente/Assicurato*, nel *Modulo di Adesione* stesso.
- 3) Qualora la durata residua del piano di *Ammortamento* fosse inferiore a **12 rate mensili**, l'**Indennizzo corrisposto in caso di *Malattia Grave* sarà pari all'importo delle rate residue**.
- 4) Il massimo esborso che la *Compagnia* corrisponderà per tutta la durata della garanzia è di:
- euro **90.000,00** per evento;
 - euro **180.000,00** quale *Indennizzo* massimo riconosciuto nel caso in cui si verificano più sinistri nell'intero periodo di *Copertura Assicurativa*. Tale *Limite di Indennizzo* rappresenta anche l'esborso massimo della *Compagnia* per tutti i contratti assicurati con la presente *Polizza-Convenzione* a cui abbia aderito l'*Aderente/Assicurato* e inerenti la garanzia *Malattia Grave* nell'intero periodo di *Copertura Assicurativa*.

Nel caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento e Copertura Assicurativa ancora in vigore, la Compagnia indennizza l'Aderente/Assicurato come da piano di Ammortamento del Finanziamento originariamente convenuto, fermi i Limiti di Indennizzo precedentemente indicati. Qualora l'ammontare della rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) di rimborso del Finanziamento successiva alla data di denuncia del Sinistro fosse pari a euro 0 (zero), ad esempio nel caso di estinzione anticipata totale, nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Compagnia.

B. GARANZIE PRESTATA PER L'ADERENTE/ASSICURATO LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO

B.1) Garanzia *Perdita di lavoro*

Art. 29 - Oggetto della garanzia *Perdita di lavoro*

La *Copertura Assicurativa* in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento della sottoscrizione della *Polizza-Convenzione*, l'*Aderente/Assicurato* abbia dichiarato di avere un contratto di lavoro dipendente privato di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali (c.d. *Lavoratore Dipendente Privato*).

In caso di *Perdita di lavoro* la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo*, di cui al successivo Art. 30, qualora:

- a) la data di invio all'*Aderente/Assicurato* della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24 del **180° giorno** successivo alla data di *Decorrenza* della *Copertura Assicurativa* (periodo di *Carenza*);
- b) il periodo di *Disoccupazione* sia di durata pari o superiore a **30 giorni consecutivi** (*Franchigia Assoluta*);
- c) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui agli Artt. 19 e 31;
- d) il rapporto di lavoro dell'*Aderente/Assicurato* sia regolato da un contratto di diritto italiano.

Art. 30 - Indennizzo per il caso di *Perdita di lavoro*

1. In caso di *Perdita di lavoro* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà allo stesso, **per ogni giorno di *Disoccupazione*, una somma pari ad 1/30 dell'ammontare della rata mensile di rimborso del Finanziamento successiva alla data di denuncia del Sinistro e al periodo di *Franchigia* di cui all'Art. 29 lettera b)**, fermo restando l'*Indennizzo* massimo giornaliero previsto al successivo comma 3). Per il calcolo dell'*Indennizzo* giornaliero dovuto, la *Compagnia* utilizzerà l'importo della rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) di rimborso del *Finanziamento* successiva alla data di denuncia del *Sinistro* ed al periodo di *Franchigia* con **il limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30%** tra tale importo e quello della rata iniziale. **Nel caso in cui lo scostamento (positivo o negativo) tra i due importi dovesse essere superiore al 30% la Compagnia calcolerà l'importo dell'Indennizzo dovuto utilizzando:**
 - a) l'importo della rata iniziale incrementato del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è superiore allo scostamento previsto;
 - b) l'importo della rata iniziale ridotto del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è inferiore allo scostamento previsto.
2. **Il periodo massimo di *Indennizzo* è pari al tempo residuo alla scadenza del Contratto di lavoro e comunque non superiore a 360 giorni per evento e a 1.080 giorni per tutta la durata della *Copertura Assicurativa*. Una volta utilizzato tutto il periodo massimo di 1.080 giorni, resta convenuto fra le Parti che tutte le coperture assicurative inerenti la garanzia "*Perdita di lavoro*" si intendono**

annullate e ciò senza obbligo di comunicazione fra le Parti.

3. L'**Indennizzo** massimo giornaliero (per il quale non trova applicazione lo scostamento del 30% previsto al comma 1) che la **Compagnia** corrisponderà all'**Aderente/Assicurato** è di:
- euro 250,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione** (Mod. PPP3), sia stato indicato un solo **Aderente/Assicurato**.
 - euro 250,00 nel caso in cui nel **Modulo di Adesione** (Mod. PPP3), siano stati indicati due aderenti/assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni **Aderente/Assicurato**, nel **Modulo di Adesione** stesso. Nel caso di estinzione anticipata totale del **Finanziamento** e **Copertura Assicurativa** ancora in vigore, la **Compagnia** indennizza l'**Aderente/ Assicurato** come da piano di **Ammortamento** del **Finanziamento** originariamente convenuto, fermi i **Limiti di Indennizzo** precedentemente indicati.

Qualora l'ammontare della rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) di rimborso del **Finanziamento** successiva alla data di denuncia del **Sinistro** fosse pari a euro 0 (zero), ad esempio nel caso di estinzione anticipata totale, nessun **Indennizzo** sarà dovuto dalla **Compagnia**.

Art. 31 - Esclusioni per la garanzia *Perdita di lavoro*

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 19 - Esclusioni, **nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di *Perdita di lavoro* se, al momento del *Sinistro*:**

- l'**Aderente/Assicurato** non sia un **Lavoratore Dipendente Privato**,

oppure

- l'**Aderente/Assicurato** abbia diritto a percepire, con riferimento allo stesso periodo di tempo, importi a titolo di **Indennizzo per la garanzia *Grande Intervento Chirurgico***.

Inoltre, nessun **Indennizzo** verrà corrisposto dalla **Compagnia** per il caso di **Perdita di lavoro** se:

- a) l'**Aderente/Assicurato**, alla data di **Decorrenza della Copertura Assicurativa**, sia a conoscenza della prossima **Disoccupazione** o comunque gli fossero note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b) la **Perdita di lavoro (Disoccupazione)** sia

conseguenza di licenziamento o dimissioni per giusta causa, per motivi disciplinari, per carcerazione del dipendente, per superamento del periodo di comporto;

c) la **Perdita di lavoro (Disoccupazione)** sia conseguenza di pensionamento o pre-pensionamento;

d) la **Perdita di lavoro** sia dovuta ad un evento programmato in base ad un rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque il rapporto di lavoro dell'**Aderente/Assicurato** avesse carattere stagionale e/o temporaneo, quindi la relativa perdita di lavoro sia la conseguenza della scadenza di un termine (ad es. contratto di formazione lavoro, di apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa;

e) l'**Aderente/Assicurato** abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà oppure a seguito di accordi consensuali con il datore di lavoro;

f) l'**Aderente/Assicurato** non si sia iscritto presso il **Centro per l'impiego** (ufficio di collocamento o equivalente);

g) l'**Aderente/Assicurato** percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;

h) l'**Aderente/Assicurato**, al momento dell'evento, sia in periodo di prova;

i) la **Perdita di lavoro (Disoccupazione)** sia avvenuta nel periodo di **Carenza** di cui all'Art. 29 lettera a);

j) il periodo di **Disoccupazione** sia inferiore a 30 giorni consecutivi (**Franchigia**).

Art. 32 - Denunce successive di *Sinistro* - *Periodo di osservazione*

In seguito alla **Liquidazione** definitiva di un **Sinistro** relativo alla garanzia **Perdita di lavoro**, l'**Aderente/Assicurato** dovrà essere stato nuovamente assunto **ed avere prestato servizio come *Lavoratore Dipendente Privato*** (con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali), **per un periodo continuativo di almeno 180 giorni e dovrà aver superato il periodo di prova**, prima di poter avere diritto ad un eventuale ulteriore **Indennizzo** per **Perdita di lavoro**.

Durante questo periodo (**Periodo di osservazione**) nessun **Indennizzo** verrà corrisposto dalla **Compagnia** in caso di **Perdita di lavoro**.

C. GARANZIA PRESTATA PER L'ADERENTE/ASSICURATO LAVORATORE NON DIPENDENTE PRIVATO

C.1) Garanzia Grande Intervento Chirurgico

Art. 33 - Oggetto della garanzia Grande Intervento Chirurgico

La *Copertura Assicurativa* in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento della sottoscrizione della *Polizza-Convenzione*, l'*Aderente/Assicurato* abbia dichiarato di rientrare nella categoria **Lavoratore Autonomo oppure Lavoratore Dipendente Pubblico oppure Non Lavoratore**. In caso di *Grande Intervento Chirurgico* al quale l'*Aderente/Assicurato* sia stato sottoposto, durante l'efficacia della *Copertura Assicurativa*, in conseguenza di *Malattia* o di *Infortunio*, la *Compagnia* corrisponderà allo stesso l'*Indennizzo*, di cui al successivo Art. 34, qualora:

- la *Malattia* che ha determinato il *Grande Intervento Chirurgico* sia insorta successivamente alla data di effetto della *Copertura Assicurativa* e sia trascorso il **periodo di Carenza (90 giorni dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa)**;
- l'*Infortunio* che ha determinato il *Grande Intervento Chirurgico* sia avvenuto successivamente alla data di *Decorrenza della Copertura Assicurativa*;
- il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui agli Artt. 19 e 35.

Resta comunque convenuto che la *Compagnia*, nel corso della durata del *Contratto*, indennizza **un solo Grande Intervento Chirurgico effettuato a causa della stessa patologia ed allo stesso organo e/o tessuto**. Gli interventi chirurgici indennizzabili sono identificati ed indicati nell'"Elenco Grandi interventi chirurgici" (vedi Allegato 2).

L'Indennizzo previsto per il Grande Intervento Chirurgico non è cumulabile, per lo stesso Sinistro, con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia.

Art. 34 - Indennizzo per il caso di Grande Intervento Chirurgico

- In caso di *Sinistro* viene corrisposto dalla *Compagnia* all'*Aderente/Assicurato* un *Indennizzo* versato in un'unica soluzione e corrispondente a **12 rate mensili** (comprenditive di capitale ed interessi) **di rimborso del Finanziamento**.

Per il calcolo dell'*Indennizzo* dovuto, la *Compagnia* utilizzerà l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, con **il limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30%** tra tale importo e quello della rata iniziale. Nel caso in cui lo scostamento (positivo o negativo) tra i due importi dovesse essere superiore al 30% la *Compagnia* calcolerà l'importo dell'*Indennizzo* dovuto utilizzando:

- l'importo della rata iniziale incrementato del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è superiore allo scostamento previsto;
 - l'importo della rata iniziale ridotto del 30%, se l'importo della rata mensile da rimborsare è inferiore allo scostamento previsto.
- L'*Indennizzo* massimo che la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* per ciascun evento, fermo quanto previsto nel precedente comma 1), è pari all'importo corrispondente a:
 - 12** rate mensili di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3), sia stato indicato un solo *Aderente/Assicurato*;
 - 12** rate mensili di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nel *Modulo di Adesione* (Mod. PPP3) siano stati indicati due aderenti/assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni *Aderente/Assicurato*, nel *Modulo di Adesione* stesso.
 - Qualora la durata residua del piano di *Ammortamento* fosse **inferiore a 12 rate mensili**, l'*Indennizzo corrisposto in caso di Grande Intervento Chirurgico* sarà pari all'importo delle **rate residue**.
 - Il massimo esborso che la *Compagnia* corrisponderà per tutta la durata della *Copertura Assicurativa* è di:
 - euro **90.000,00** per evento;
 - euro **180.000,00** quale *Indennizzo* massimo riconosciuto nel caso in cui si verificano più sinistri nell'intero periodo di *Copertura Assicurativa*.

Nel caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento e Copertura Assicurativa ancora in vigore, la Compagnia indennizza l'Aderente/Assicurato come da piano di Ammortamento del Finanziamento originariamente convenuto, fermi i limiti di Indennizzo precedentemente indicati.

Qualora l'ammontare della rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) di rimborso del *Finanziamento* successiva alla data di denuncia del *Sinistro* fosse pari a euro 0 (zero), ad esempio nel caso di estinzione anticipata totale, nessun *Indennizzo* sarà dovuto dalla *Compagnia*.

Art. 35 - Esclusioni per il caso di *Grande Intervento Chirurgico*

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 19 - Esclusioni, nessun *Indennizzo* è dovuto dalla *Compagnia* per il caso di *Grande Intervento Chirurgico* se, al momento del *Sinistro*:

- ***l'Aderente/Assicurato* sia un *Lavoratore Dipendente Privato*, con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali;**

oppure

- ***l'Aderente/Assicurato* abbia diritto a percepire, con riferimento allo stesso periodo di tempo, importi a titolo di *Indennizzo* per la garanzia *Perdita di Lavoro*.**

D. PREMIO FUTURO

Art. 36 - Oggetto della copertura assicurativa

Con "Premio Futuro", la *Compagnia* si obbliga a corrispondere all'*Aderente/Assicurato*, successivamente alla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*, un *Indennizzo*, versato in un'unica soluzione, per la copertura di tre rate mensili del *Finanziamento* (comprensive di eventuali interessi), nel limite massimo sotto indicato, qualora, nel corso e sino alla scadenza del *Finanziamento* si verifichi alternativamente, e per una

sola volta nel corso della *Copertura Assicurativa*, uno dei seguenti eventi:

- *Parto* di uno degli *Aderenti/Assicurati* di sesso femminile;
- *Parto* del coniuge o del convivente di uno degli *Aderenti/Assicurati* di sesso maschile, sempreché questi sia il padre del neonato e, se padre naturale, ne abbia effettuato il riconoscimento;
- *Adozione* di un figlio ai sensi della legge n. 184 del 4 maggio 1983, e successive modifiche e integrazioni, da parte di uno degli *Aderenti/Assicurati*.

la presente *Copertura Assicurativa* è gratuita e pertanto non richiede il versamento di alcun *Premio*.

Per "Premio Futuro" operano le condizioni ed i limiti di seguito specificati:

1. *l'Indennizzo* è corrisposto purché al verificarsi dell'evento *Parto/Adozione* sia trascorso un **periodo di *Carenza* di almeno 300 giorni dalla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*;**
2. per il calcolo dell'*Indennizzo* dovuto, la *Compagnia* prende in considerazione gli importi delle 3 rate mensili del *Finanziamento* successive alla data di denuncia dell'evento, con un **limite massimo complessivo erogabile di euro 22.500,00;**
3. qualora la durata residua del piano di *Ammortamento* fosse inferiore a 3 rate mensili, sarà corrisposto un *Indennizzo* pari alla somma delle rate residue, sempre nel limite massimo complessivo erogabile di euro 22.500,00.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di *Sinistro* deve essere inviata all'Ufficio Sinistri di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. attraverso una delle seguenti modalità:

- Online: "Denuncia Sinistro", collegandosi al sito Bancamediolanum.it ed accedendo alla sezione "Protezione" all'interno della propria area personale;
- Posta raccomandata: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Si.R.E., Palazzo Meucci I° Piano, via F. Sforza 15, 20080 Basiglio (MI);
- Fax: n. 02.9045.1308;
- Mail: sire@mediolanum.it;
- Tramite il proprio Family Banker.

Per la gestione del Sinistro sarà poi necessaria ulteriore documentazione che verrà comunicata dalla Compagnia attraverso un Tutor che prenderà in carico la pratica.

Per eventuali chiarimenti sulle modalità di segnalazione di un *Sinistro*, **contattare l'Ufficio Sinistri Rami Elementari di Mediolanum Assicurazioni al numero telefonico 800.900.510 (oppure, dall'estero, 02.9045.1520).**

Nella eventualità di un *Sinistro*, affinché la *Compagnia* possa provvedere alla *Liquidazione* nel più breve tempo possibile, debbono essere rispettate alcune formalità ed osservate alcune semplici regole.

Per facilitare queste piccole incombenze, viene qui fornito un fac-simile "modulo di denuncia Sinistro", da spedire con una delle modalità sopra indicate, quanto più possibile chiaro e preciso nel contenuto.

ELENCO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI SINISTRO PER LE SPECIFICHE

GARANZIE *Sinistro per le Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia*

- a) Certificato medico attestante che si ha motivo di ritenere che, dalle prevedibili conseguenze dell'*Infortunio* o *Malattia* a esito non infausto, possa residuare l'*Invalidità Permanente Totale*;
- b) ogni documento (referto di pronto soccorso, cartella clinica, lastre, esami, ecc.) atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- c) copia di un documento d'identità;
- d) numero di pratica del contratto di *Finanziamento*.

Sinistro per Malattia Grave

- a) Certificati medici (certificato pronto soccorso, cartella clinica, lastre, esami, ecc.);
- b) copia di un documento d'identità;
- c) numero di pratica del contratto di *Finanziamento*.

Sinistro per Perdita di lavoro - Disoccupazione

- a) Copia del libretto di lavoro (scheda professionale);
- b) copia della lettera di assunzione;
- c) documentazione comprovante il termine del periodo di prova;
- d) copia della lettera di licenziamento;
- e) copia del documento comprovante l'iscrizione presso il *Centro per l'Impiego* (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di *Attività Lavorativa*);
- f) invio **mensile** della certificazione attestante il proseguimento dello stato di *Disoccupazione* e la permanenza nelle liste di cui al punto e) (**il mancato invio della certificazione alla scadenza della precedente costituisce la cessazione del periodo di Disoccupazione**);
- g) eventuale certificazione attestante la cessazione dello status di *Disoccupazione*;

- h) ultimi due cedolini (busta paga);
- i) copia di un documento d'identità;
- j) numero di pratica del contratto di *Finanziamento*.

Sinistro per Grande Intervento Chirurgico

- a) Certificati medici (certificato pronto soccorso, cartella clinica, lastre, esami, ecc.);
- b) copia di un documento d'identità;
- c) numero di pratica del contratto di *Finanziamento*.

Premio Futuro

- a) Certificato di nascita;
- b) certificato di riconoscimento.

FAC SIMILE – MODULO DENUNCIA SINISTRO

Spedire a:
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Via F. Sforza, 15 - Pal. Meucci - Mi 3 City
20080 Basiglio (Mi)

RACCOMANDATA

Luogo.....

Data.....

Oggetto: denuncia di sinistro relativo a Polizza-Convenzione Protezione Prestito n. 984-52-4304228 Prestito n°
.....

Con la presente Vi comunico le modalità e le circostanze del sinistro sottoindicato, che ha riguardato la polizza così intestata:

ASSICURATO

COGNOME E NOME: _____

Il Sinistro è stato cagionato da:

- INFORTUNIO
- MALATTIA
- PERDITA DI LAVORO

E ha comportato:

- MORTE
- INVALIDITÀ PERMANENTE
- GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
- DISOCCUPAZIONE
- MALATTIA GRAVE

DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

Il Sinistro è avvenuto il in località
Con le seguenti modalità

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:.....

Firma dell'Assicurato

.....

ALLEGATO 1 - TABELLA INAIL
Valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 N. 1124)

Sordità completa di un orecchio	15%
Sordità completa bilaterale	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%
Perdita della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%

Altre menomazioni della facoltà visiva (vale quanto previsto per gli infortuni oculari dalla tabella per l'industria)

Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%
Perdita di un rene con integrità del rene supersiste	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%

	Dx	Sx
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazioni scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
a) in supinazione	45%	40%
b) quando l'anchilosi sia tale da permettere	25%	20%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
---	-----	-----

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%

Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
--	-----	-----

Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%

Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%
---	-----

Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%
--	-----

Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%
--	-----

Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%
--	-----

Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
--	-----

Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
---	-----

Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
---	-----

Perdita dell'alluce corrispondente metatarso	16%
--	-----

Perdita totale del solo alluce	7%
--------------------------------	----

Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
--	----

Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
---	-----

Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
---	-----

Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%
--	-----

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

ALLEGATO 2 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

FACCIA E BOCCA

- VI** Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- V** Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- V** Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- V** Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- V** Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- V** Resezione della mandibola per neoplasia
- V** Resezione del mascellare superiore per neoplasia

OTORINOLARINGOIATRIA

- VI** Naso: intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- VI** Laringe:
 - a) Laringectomia totale
 - b) Faringo-laringectomia
- VI** Orecchio: antro-atticotomia
- VI** Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne
- VI** Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- VI** Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali

OCULISTICA

- V** Iridocicloretrazione per glaucoma

COLLO

- VI** Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- VI** Timectomia per via cervicale
- VI** Resezione dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- V** Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- VI** Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali
- V** Esofagoplastica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- V** Lobectomia
- VI** Pneumonectomia
- VI** Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- VI** Pleuropneumonectomia
- VI** Resezione bronchiale con reimpianto
- V** Timectomia per via toracica
- V** Toracoplastica totale
- V** Pericardiectomia parziale o totale
- V** Suture del cuore per ferite
- V** Interventi per corpi estranei del cuore
- VI** Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- VI** Derivazione aortopolmonare
- VI** Interventi per fistole arterovenose del polmone
- VI** Interventi a cuore aperto
- VI** Bypass aorto-coronarico
- V** Commissurotomia

STOMACO - DUODENO

- VI** Gastrectomia totale per neoplasie maligne
- V** Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

INTESTINO

- VI** Colectomia totale
- V** Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali
- VI** Procto-colectomia con confezione di "reservoir"

RETTO - ANO

- VI** Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o in più tempi

FEGATO E VIE BILIARI

- VI** Resezioni epatiche maggiori
- VI** Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- V** Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS - MILZA

- VI** Interventi per necrosi acuta del pancreas
- V** Interventi per cisti e pseudo-cisti
- VI** Interventi per fistole pancreatiche
- VI** Interventi demolitivi sul pancreas
- VI** Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- VI** Duodeno-cefalopancreatectomia con o senza linfadenectomia
- V** Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- VI** Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- VII** Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche
- VI** Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
- VI** Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- VI** Operazioni per encefalo-meningocele
- VII** Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari (stereotassi)
- VI** Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- VI** Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- VII** Emisferectomia
- V** Ernia del disco dorsale per via trans-toracica

CHIRURGIA VASCOLARE

- V** Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco braccio-cefalico, iliache
- VI** Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi

CHIRURGIA PEDIATRICA

- VI** Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- VI** Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- VI** Nefrectomia per tumore di Wilms

ORTOPEDIA - ARTICOLAZIONE

- VI** Disarticolazione interscapolo toracica
- VI** Emipelvectomia
- V** Artroplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico
- VI** Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- VI** Osteosintesi vertebrale
- VI** Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- V** Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- VI** Ricostruzione del pollice in microchirurgia
- V** Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- V** Artroprotesi carpale
- V** Amputazione grandi segmenti
- VII** Reimpianti di arto o suo segmento

UROLOGIA

- V** Intervento per fistola vescico-rettale
- VI** Intervento per estrofia della vescica
- VI** Cistectomia totale, ureterosigmoidostomia
- V** Uretero-ileo-anastomosi (o colo)
- VI** Nefrectomia allargata per tumore
- VI** Nefro-ureterectomia totale
- VI** Surrenalectomia
- VI** Prostatectomia radicale per neoplasia con linfadenectomia
- V** Amputazione totale del pene con linfadenectomia

APPARATO GENITALE MASCHILE

- V** Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

GINECOLOGIA

- V** Panisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni
- V** Mastectomia radicale con linfadenectomia
- VII** Vulvectomia allargata con linfadenectomia

TRAPIANTI D'ORGANO

- VII** Tutti

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via F. Sforza, 20080 Basiglio (MI) - Capitale sociale Euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA, Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - 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 con unico Socio - mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it - www.mediolanumassicurazioni.it

Spettabile
MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Via F. Sforza, 15
20080 Basiglio - Milano 3 (MI)

MODULO DI ADESIONE

alla Polizza Collettiva n. 984-52-4304228 "Mediolanum Polizza Protezione Prestito" tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Pratica Finanziamento N: _____

P. Personale

Durata copertura assicurativa pari alla durata del finanziamento (mesi): _____

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

AGEVOLAZIONI

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

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 1

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____
Codice cliente _____ Percentuale di indennizzo 25% 50% 75% 100%
 Lavoratore dipendente privato* **Altro (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***
* Le definizioni sono riportate sul retro del presente modulo
ID Raccomandazione Personalizzata _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Ai fini della presente copertura assicurativa, l'Aderente/Assicurando 1 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

- è mai stato affetto da:
 - tumori maligni NO SI
 - angina pectoris o ictus o infarto miocardico NO SI
 - epatite B o C NO SI
 - cirrosi epatica NO SI
 - broncopneumatie croniche ostruttive NO SI
 - diabete NO SI
 - insufficienza renale cronica NO SI
 - epilessia NO SI
 - infezione da HIV o AIDS NO SI
 - paralisi o deficit motori NO SI
 - sindromi organiche cerebrali NO SI
 - malattie neurologiche degenerative NO SI
 - malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici NO SI
 - cecità mono o bi-oculare NO SI
- le è mai stata riconosciuta da enti pubblici o privati un'invalidità Permanente di grado superiore al 10%, oppure è attualmente in corso la valutazione. NO SI

Se ad una delle domande è stato risposto in maniera affermativa è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione da parte degli enti preposti del grado di invalidità con indicata la motivazione di tale invalidità o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario, nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 2

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

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

Lavoratore dipendente privato* **Altro (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***

* Le definizioni sono riportate sul retro del presente modulo

ID Raccomandazione Personalizzata

QUESTIONARIO SANITARIO

Ai fini della presente copertura assicurativa, l'Aderente/Assicurando 2 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

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

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

Se ad una delle domande è stato risposto in maniera affermativa è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione da parte degli enti preposti del grado di invalidità con indicata la motivazione di tale invalidità o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario, nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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.

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

DICHIARAZIONI E FIRME

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 984/52/4304224 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A..

Il Premio unico e anticipato è determinato dall'importo del Finanziamento, indipendentemente dalla sua durata. Il tasso di Premio lordo è 4,50% per massimali fino a 250.000,00 €; 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000,00 €.

Il Premio unico e anticipato è determinato come di seguito indicato:

Lavoratore dipendente privato

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Malattia, Malattia Grave, Perdita di lavoro: Importo del Finanziamento x 4,50% per massimali fino a 250.000,00 € o x 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000,00 €.

Lavoratore Autonomo/Dipendente Pubblico/Non Lavoratore

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Malattia, Malattia Grave, Grande Intervento Chirurgico: Importo del Finanziamento x 4,50% per massimali fino a 250.000,00 € o x 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000,00 €.

Il premio assicurativo dovuto nella misura pari ad euro _____ sarà aggiunto all'importo richiesto a titolo di prestito e successivamente detratto dall'importo erogato.

Il totale dei costi a carico dell'Aderente/Assicurando 1 e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), è pari ad euro _____ di cui euro _____ rappresenta l'importo percepito dal Distributore a titolo di provvigione.

Resta inteso che, al variare dell'importo erogato a titolo di finanziamento, l'importo del premio e/o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche. In caso di variazioni, l'importo del Premio effettivamente dovuto sarà comunicato all'Aderente/Assicurato.

L'Aderente/Assicurato 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), prende/ono atto della facoltà di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso (Data di decorrenza), secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione. In tal caso il premio versato - al netto delle spese sostenute dalla Compagnia per l'emissione del contratto (pari a Euro 25,00) sarà rimborsato e potrà, in tutto o in parte, essere utilizzato per ridurre il debito residuo del finanziamento, alle condizioni e con le modalità previste nel contratto del finanziamento da lei stipulato.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), inoltre, prende/ono atto che, trascorso detto periodo, ha/hanno facoltà di recedere ad ogni ricorrenza annuale della polizza con un preavviso minimo di 60 giorni, secondo le medesime modalità sopra indicate. In questi ultimi casi avrà/avranno diritto alla restituzione del premio versato, al netto delle spese amministrative (pari a Euro 25,00), delle imposte versate e della eventuale quota relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, con efficacia dalla fine dall'annualità assicurativa in cui tale facoltà è stata esercitata.

Coperture scelte Assicurando 1	Premio Lordo
Decesso da Infortunio	€
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Totale Assicurando 1	€
Coperture scelte Assicurando 2	
Decesso da Infortunio	€
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Totale Assicurando 2	€
TOTALE PREMIO*	€

* Nel Premio è compresa la copertura assicurativa "Premio Futuro", offerta gratuitamente da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e operante dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, fatto salvo il periodo di carenza, fino alla scadenza del finanziamento. Per i dettagli si rinvia a quanto disciplinato nella sezione D - Premio Futuro - delle Condizioni di Assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), si impegna/no a comunicare tempestivamente alla Compagnia ogni variazione alla propria condizione occupazionale, come sopra indicata. In tali casi l'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto) è/sono consapevole/i che la Compagnia attiverà la copertura assicurativa prevista per la nuova condizione occupazionale.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), - essendo stato/i avvertito/i della possibilità di ricevere gratuitamente la documentazione informativa e contrattuale, su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie la modalità:

NON CARTACEA (file pdf) CARTACEA

Se scelto il formato elettronico PDF, in sostituzione di quello cartaceo, dichiara/no 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. E' sono informato/i 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 diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente) dichiara/no di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, la documentazione informativa e contrattuale.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no infine di aver ricevuto copia del documento ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018 contenente, tra l'altro, i dati essenziali sull'Intermediario e sull'attività svolta, completata in ogni sua parte dall'Intermediario, nonchè copia della dichiarazione ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018, riepilogativa dei principali obblighi di comportamento a cui gli Intermediari sono tenuti;

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente) in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di un consulente della Banca, conferma/no di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no altresì di essere a conoscenza 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 della propria posizione assicurativa.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no altresì di essere consapevole/i che Banca Mediolanum S.p.A., in qualità di Soggetto Distributore, agisce in conflitto di interessi in quanto controllante di Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2, dichiara/no 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 (Regolamento UE 2016/679).

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare: Art. 2 "Persone non assicurabili"; Art. 3 "Limiti di età"; Art. 4 "Decorrenza e Cessazione della Copertura Assicurativa"; Art. 6 "Diritto di recesso"; Art. 7 "Estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento"; Art. 8 "Beneficiari"; Art. 14 "Denuncia del sinistro"; Art. 19 "Esclusioni".

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di adesione

Cognome e nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede

Firma

Codice

Codice Area

P. Person.

Cognome e Nome Credit & Protection Specialist

Codice C&P Specialist

GLOSSARIO

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

ALTRO:

- **Lavoratore Autonomo:** per convenzione fra le Parti si considera Lavoratore Autonomo la persona fisica che al momento del Sinistro non sia Lavoratore Dipendente e che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la ricezione di reddito da Lavoro Dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti dagli artt. 25 (reddito agrario), 53 (reddito da lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in Società di persone.

Ai sensi della presente polizza, sono assimilati ai Lavoratori Autonomi:

- coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 comma 1 D.P.R. n. 917/86 lett. a) lavoratori soci di cooperative; c) borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, g) indennità parlamentari ed assimilate;
- i lavoratori Dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) o che comunque non sia regolato dal diritto italiano.

- **Lavoratore Dipendente Pubblico:** per convenzione fra le Parti si considera Lavoratore Dipendente Pubblico la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento Autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli istituti autonomi Case Popolari, le camere di commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura e loro associazioni, tutti gli Enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti di Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli Enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente (privato né pubblico). Sono altresì considerati non lavoratori i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).



MEDIOIANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via F. Sforza, 20080 Basiglio (MI) - T +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Partita IVA - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - 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

