

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mediolanum Polizza Protezione Prestito Convenzione n° 984-52-4304228

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI:

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

Edizione 19/05/2023

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

È un prodotto di



Gentile Cliente,

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

✓ **A COSA SERVE**

È pensata per coloro che sono titolari di Prestito erogato da Banca Mediolanum, in particolare per salvaguardare la capacità di rimborso dello stesso nel caso di particolari eventi imprevisti.

✓ **CHI PUO' SOTTOSCRIVERLA**

Tutte le persone fisiche con un'età pari o superiore a 18 anni ed inferiore a 75 anni compiuti al momento della sottoscrizione e non superiore a 75 anni compiuti alla scadenza.

✓ **COSA OFFRE**

Riconosce un indennizzo, in un'unica soluzione, pari al debito residuo del Prestito in caso di invalidità permanente totale (almeno del 70%) da infortunio o malattia dell'Assicurato, attribuita mediante certificazione medica. In caso di decesso da infortunio, verrà riconosciuto un indennizzo sotto forma di capitale pari al debito residuo del finanziamento alla data del decesso se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Per le garanzie "Malattia Grave" e "Grande Intervento Chirurgico" è previsto un indennizzo, versato in unica soluzione, corrispondente a 12 rate mensili del Prestito (comprendenti di interessi e capitale); mentre per la garanzia "Perdita di lavoro" è riconosciuto un rimborso giornaliero pari a 1/30° della rata mensile del Prestito per il periodo di disoccupazione comprovato.

La polizza prevede inoltre, con la garanzia "Premio futuro", un indennizzo corrispondente a 3 rate mensili del Prestito (comprendenti di interessi e capitale), versato in un'unica soluzione, in caso di parto o adozione di un figlio

✓ **LIMITI E FRANCHIGIE**

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

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



Risposte ai dubbi



Esempi esplicativi



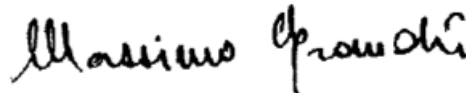
Tavole riepilogative

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

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

Inoltre, al termine delle Condizioni troverai la tavola sinottica rappresentativa di ciascuna garanzia, con relativi massimali, limitazioni e franchigie.

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



INDICE

- GLOSSARIO -

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE -



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUÓ ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili..... pag. 8/27

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato..... pag. 8/27

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art.3. Garanzie prestate..... pag. 8/27

Art.3.1. Decesso da Infortunio..... pag. 8/27

Art.3.1.1. Decesso Presunto..... pag. 9/27

Art.3.2. Garanzia Invalidità Permanente..... pag. 9/27

Art.3.2.1. Invalidità Permanente da Infortunio..... pag. 9/27

Art.3.2.2. Invalidità Permanente da Malattia..... pag.10/27

Art.3.3. Garanzia Malattia Grave..... pag.10/27

Art.3.4. Garanzia Perdita di Lavoro (Garanzia Prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.11/27

Art.3.5. Garanzia Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per l'Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.11/27

Art.3.6. Garanzia Premio Futuro..... pag.12/27

Art.4. Massimali assicurati..... pag.12/27

Art.4.1. Massimali di indennizzo per il caso di Decesso da Infortunio..... pag.12/27

Art.4.2. Massimali di indennizzo per il caso di Invalidità Permanente..... pag.12/27

Art.4.3. Massimali di indennizzo per il caso di Malattia Grave..... pag.13/27

Art.4.4. Massimali di indennizzo per il caso di Perdita di Lavoro (Garanzia prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.13/27

Art.4.5. Massimali di indennizzo per il caso di Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per l'Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.14/27

Art.4.6. Massimali di indennizzo per la Garanzia Premio Futuro..... pag.14/27



COSA NON È ASSICURATO?

Art.5. Persone non assicurabili..... pag.14/27



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art.6. Limiti e franchigie..... pag.15/27

Art.6.1. Decesso da Infortunio..... pag.15/27

Art.6.2. Invalidità Permanente..... pag.15/27

Art.6.2.1. Invalidità Permanente da Infortunio..... pag.15/27

Art.6.2.2. Invalidità Permanente da Malattia..... pag.15/27

Art.6.3. Malattia Grave..... pag.15/27

Art.6.4. Perdita di Lavoro (Garanzia Prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.16/27

Art.6.5. Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per l'Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)..... pag.16/27

Art.7. Estensione territoriale..... pag.16/27

Art.8. Periodi di carenza..... pag.16/27

Art.9. Esclusioni dall'Assicurazione..... pag.17/27

Art.9.1. Esclusioni per la garanzia Malattia Grave..... pag.18/27

Art.9.2. Esclusioni per la garanzia Perdita di Lavoro (solo per Lavoratori Dipendenti Privati). pag.18/27

Art.9.3. Esclusioni per la garanzia Grande Intervento Chirurgico (solo per Non Lavoratori Dipendenti Privati)..... pag.19/27



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art.10. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio..... pag.19/27

Art.10.1. Variazione dello status lavorativo (Garanzie "Perdita di Lavoro" e "Grande" Intervento Chirurgico).....	pag.19/27
---	-----------

GESTIONE DEI SINISTRI

Art.11. Denuncia del Sinistro e Obblighi dell'Assicurato.....	pag.19/27
Art.11.1. Denunce successive di sinistro – Periodo di osservazione per la “Garanzia “Perdita di Lavoro” (solo per Lavoratori Dipendenti Privati).....	pag.20/27
Art.12. Procedura di definizione della natura del sinistro, valutazione, quantificazione e criteri di liquidazione.....	pag.20/27
Art.13. Arbitrato.....	pag.20/27
Art.14. Valuta di pagamento.....	pag.20/27



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art.15. Premio.....	pag.21/27
---------------------	-----------



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art.16. Conclusione dell'Assicurazione.....	pag.21/27
Art.17. Effetto e decorrenza dell'Assicurazione.....	pag.21/27
Art.18. Cessazione e durata della copertura assicurativa.....	pag.21/27
Art.19. Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento.....	pag.22/27
Art.19.1. Estinzione anticipata parziale del Finanziamento.....	pag.22/27
Art.19.2. Estinzione anticipata totale o trasferimento del Finanziamento presso altro istituto di credito.....	pag.23/27



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art.20. Diritto di recesso.....	pag.23/27
---------------------------------	-----------



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art.21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione.....	pag.24/27
Art.22. Beneficiari.....	pag.24/27
Art.23. Rinuncia al Diritto di Surroga.....	pag.24/27
Art.24. Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza.....	pag.24/27
Art.25. Periodo di Prescrizione.....	pag.24/27
Art.26. Regime fiscale.....	pag.24/27
Art.27. Foro competente.....	pag.25/27
Art.28. Rinvio alle norme di legge.....	pag.25/27
Art.29. Altre assicurazioni - Cumulo.....	pag.25/27
Art.30. Home Insurance.....	pag.25/27

TAVOLA SINOTTICA DI GARANZIE.....	pag.26/27
-----------------------------------	-----------

GLOSSARIO

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

Assicurato

Persona fisica (o le persone fisiche) che ha sottoscritto il Modulo di Adesione 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)

Modalità di rimborso di una somma erogata a titolo di Finanziamento.

Attività lavorativa

Attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'Assicurato, risultante immediatamente prima del Sinistro.

Beneficiario

Assicurato che riceve la Prestazione prevista dal Contratto quando si verifica il Sinistro.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa durante il quale le coperture assicurative non sono operanti. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde l'Indennizzo.

Centro per l'impiego

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

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Contraente (o Intermediario)

Banca Mediolanum S.p.A., che ha stipulato la Polizza-Convenzione con la Compagnia.

Copertura Assicurativa

Rappresenta la garanzia assicurativa prestata all'Assicurato dalla Compagnia che, ai sensi delle condizioni specifiche della Polizza-Convenzione, 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

Azienda di diritto privato presso la quale l'Assicurato figura, al momento del Sinistro, 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'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno sia conseguenza diretta di illecito compiuto dal terzo danneggiato.

Disoccupazione

Stato in base al quale l'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.

Finanziamento (contratto di)

Prestito di denaro concesso dalla Banca all'Assicurato, che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo uno specifico piano di Ammortamento.

Franchigia assoluta

Parte di danno che rimane a carico dell'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'Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo.

Franchigia Relativa

Parte di danno che rimane a carico dell'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

Interventi chirurgici indicati nell'Allegato 2.

Indennizzo (Prestazione)

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

Infortunio

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

Invalidità Permanente

Perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità generica dell'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'Assicurato (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.).

L'Invalidità Permanente sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità dell'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%.

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-Conventione, 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

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)

Somma massima dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Liquidazione

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

Malattia

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

Malattia grave

Patologie indicate all'art. 3.3.

Modulo di Adesione

Modulo tempo per tempo vigente predisposto dalla Compagnia per l'adesione alla Polizza Convenzione "Mediolanum Polizza Protezione Prestito n° 98452-4304228.

Non Lavoratore

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 stipulate all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Parti

Assicurato, Compagnia, Contraente.

Parto

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

Perdita di lavoro

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

Periodo di osservazione

Periodo di tempo successivo alla Liquidazione totale e definitiva di un Sinistro relativo alla Perdita di lavoro durante il quale l'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)

Contratto stipulato dal Contraente con la Compagnia, a favore dei clienti che abbiano stipulato un contratto di Finanziamento con Banca Mediolanum S.p.A..

Premio

Somma dovuta alla Compagnia per le coperture assicurative prestate. Il Premio viene corrisposto dall'Assicurato alla Compagnia, per il tramite della Contraente.

Questionario Sanitario

Documento che ogni Assicurato deve compilare prima dell'adesione alla Copertura Assicurativa.

Set Informativo

Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni);
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni);
- Condizioni di Assicurazione;
- Modulo di Adesione alla Polizza-Convenzione.

Sinistro

Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili

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'*Assicurato*, nominativamente indicato nel *Modulo di Adesione*, che abbia espresso la volontà di aderire alla presente *Polizza-Convenzione* sottoscrivendo il suddetto modulo e che sia titolare di un *Finanziamento* erogato dalla *Contraente* medesima.

La presente *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 e ciò indipendentemente dalla data di scadenza del *Finanziamento*, ad eccezione dell'ipotesi prevista al successivo art.18. Pertanto, qualora l'*Assicurato* raggiunga tale limite di età nel corso della *Durata del Contratto*, le prestazioni assicurative cesseranno alle ore 24 del giorno, mese ed anno di compimento del 75° anno di età da parte dell'*Assicurato*.

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato

La polizza prevede/garantisce la corresponsione all'*Assicurato* di un *Indennizzo*, in forma di rimborso giornaliero o di capitale a seconda delle garanzie sottoscritte, a seguito dei seguenti eventi che possono compromettere la capacità restitutoria del *Finanziamento*:

- Decesso da Infortunio;
- Invalidità *permanente* Totale da Infortunio o Malattia;
- Malattia grave;
- Perdita di lavoro (per i soli assicurati che abbiano status lavorativo di "Dipendente Privato");
- Grande intervento chirurgico (per i soli assicurati che abbiano status lavorativo "Non Dipendente Privato").

È inoltre prevista la copertura Premio Futuro, offerta gratuitamente, che si attiva in caso di *Parto* o *Adozione* che si verifichi nel corso del *Finanziamento*.

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

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

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art. 3. Garanzie prestate



- Decesso da Infortunio;
- Invalidità permanente da Infortunio e da Malattia;
- Malattia Grave;
- Perdita di Lavoro (copertura riservata ad assicurati con status lavorativo "Dipendente Privato");
- Grande Intervento Chirurgico (copertura riservata ad assicurati con status lavorativo "Non Dipendente Privato");
- Premio Futuro (copertura gratuita).

Art. 3.1. 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'*Assicurato* in caso di *Sinistro* causato da **Decesso da Infortunio**. In caso di decesso dell'*Assicurato* a seguito di *Infortunio*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo*, di cui ai successivi artt. 4.1 e 6.1.

L'*Indennizzo* per il caso di 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 nei successivi artt.4.1. e 6.1.

Art. 3.1.1. Decesso Presunto

Se il corpo dell'*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'*Assicurato* ricompaa 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'*Assicurato* per menomazioni indennizzabili ai sensi della presente *Polizza-Convenzione*.

Art. 3.2. Garanzia Invalidità Permanente

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

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

In caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto ai successivi artt. 17 e 18.

In caso di *Invalidità Permanente* da *Infortunio* o *Malattia* dell'*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* 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.

Art. 3.2.1. Invalidità Permanente da Infortunio

In caso di *Invalidità Permanente* da *Infortunio* dell'*Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo* di cui ai successivi artt.4.2. e 6.2.1., qualora:

- a) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni previste nel successivo art. 9;
- 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'*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*;
- nel momento in cui i postumi siano stabilizzati e quantificabili, la *Compagnia* provvederà a sottoporre l'*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'*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'*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.

Art. 3.2.2. Invalidità Permanente da Malattia

In caso di *Invalidità Permanente* da *Malattia* dell'Assicurato, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo* di cui ai successivi artt. 4.2. e 6.2.2., qualora:

- a) la *Malattia* sia insorta **dopo il 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa (periodo di Carenza)**;
- b) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui all'art. 9;
- 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'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'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 *Invalidità Permanente* non specificati nella tabella sopracitata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad una qualsiasi *Attività Lavorativa*, indipendentemente dalla sua professione; non è quindi prevista la supervalutazione delle percentuali di *Invalidità Permanente* specifica in relazione all'*Attività Lavorativa* esercitata dall'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.

Art. 3.3. Garanzia Malattia Grave

In caso di *Malattia Grave*, la *Compagnia* corrisponderà all'Assicurato l'*Indennizzo*, di cui ai successivi artt. 4.3. e 6.3., 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 successivo art. 9 né in quelle specifiche precisate nell'elenco riportato alla seguente lettera 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, 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.

- **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.

- **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.

- **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.

- **Insufficienza renale**

Malattia renale terminale che si presenta come una perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'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.

Art. 3.4. Garanzia Perdita di Lavoro (Garanzia Prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)

La *Copertura Assicurativa* in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento della sottoscrizione della *Polizza-Convenzione*, l'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 ai successivi artt. 4.4. e 6.4., qualora:

- a) la data di invio all'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 al successivo art. 9.2.;
- d) il rapporto di lavoro dell'Assicurato sia regolato da un contratto di diritto italiano.

Art. 3.5. Garanzia Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per l'Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)

La *Copertura Assicurativa* in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento della sottoscrizione della *Polizza-Convenzione*, l'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'Assicurato sia stato sottoposto, durante l'efficacia della *Copertura Assicurativa*, in conseguenza di *Malattia* o di *Infortunio*, la *Compagnia* corrisponderà allo stesso *Indennizzo*, di cui ai successivi artt. 4.5. e 6.5., qualora:

- a) 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)**;
- b) l'*Infortunio* che ha determinato il *Grande Intervento Chirurgico* sia avvenuto successivamente alla *Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*;
- c) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 9.3.

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).

Art. 3.6. Garanzia Premio Futuro

Con "Premio Futuro", la *Compagnia* si obbliga a corrispondere all'*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* (comprendente di eventuali interessi), nel limite massimo di cui al successivo art. 4.6., 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 *Assicurati* di sesso femminile;
- *Parto* del coniuge o del convivente di uno degli *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 *Assicurati*.

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

Art. 4. Massimali assicurati

Si elencano nei punti seguenti i massimali previsti per ciascuna Garanzia.

Art. 4.1. Massimali di indennizzo per il caso di Decesso da Infortunio

In caso di Decesso da *Infortunio* dell'*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'*Assicurato*.

In caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto ai successivi artt. 17 e 18.

In caso di Decesso da *Infortunio* dell'*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:

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

Art. 4.2. Massimali di indennizzo per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia

In caso di *Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia* dell'*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'*Assicurato*.

In caso di estinzione anticipata parziale del *Finanziamento*, la *Copertura Assicurativa* resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta, salvo quanto previsto ai successivi artt. 17 e 18.

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

- € 500.000 nel caso in cui nel *Modulo di Adesione*, sia stato indicato un solo *Assicurato*;
- € 500.000 nel caso in cui nel *Modulo di Adesione*, siano stati indicati due assicurati. In tal caso il

limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni Assicurato, nel *Modulo di Adesione* stesso.

Art. 4.3. Massimali di indennizzo per il caso di Malattia Grave

1. In caso di *Sinistro* viene corrisposto dalla *Compagnia* all'Assicurato un *Indennizzo* versato in un'unica soluzione e corrispondente a **12 rate mensili** (comprenditive di capitale ed interessi) di **rimborso del Finanziamento**.
2. L'*Indennizzo* massimo che la *Compagnia* corrisponderà all'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* sia stato indicato un solo Assicurato;
 - **12 rate mensili** di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nella nel *Modulo di adesione* siano stati indicati due assicurati.In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni 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:
 - **€ 90.000** per evento;
 - **€ 180.000** 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'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'Assicurato come da piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto, fermi i *Limiti di Indennizzo* precedentemente indicati.

Art. 4.4. Massimali di indennizzo per il caso di Perdita di Lavoro (Garanzia prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)

1. In caso di *Perdita di lavoro* dell'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. 3.4 lettera b), fermo restando l'*Indennizzo* massimo giornaliero previsto al successivo punto 3.
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'Assicurato è di:
 - **€ 250 nel caso in cui nel Modulo di Adesione, sia stato indicato un solo Assicurato.**
 - **€ 250 nel caso in cui nel Modulo di Adesione, siano stati indicati due assicurati.** In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni Assicurato, nel *Modulo di Adesione* stesso.In ogni caso l'*Indennizzo* non potrà mai superare l'importo di € 7.500 mensili.

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



- 1) Un lavoratore dipendente privato può chiedere l'attivazione della garanzia "Perdita di lavoro" se il suo rapporto lavorativo, regolato da un contratto a tempo determinato, arriva alla naturale scadenza?

In caso di pervenimento a naturale scadenza di un rapporto di lavoro regolato da un "contratto a tempo determinato", non è prevista l'erogazione della prestazione da parte della Compagnia. Laddove, invece, si verificasse il licenziamento senza giusta causa prima della scadenza del "contratto a tempo determinato", l'Assicurato avrà diritto a chiedere l'indennizzo giornaliero fino alla scadenza contrattuale originariamente pattuita col datore di lavoro.

Art. 4.5. Massimali di indennizzo per il caso di Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)

1. In caso di *Sinistro* viene corrisposto dalla *Compagnia* all'Assicurato un *Indennizzo* versato in un'unica soluzione e corrispondente a **12 rate mensili** (comprehensive di capitale ed interessi) di **rimborso del Finanziamento**.
2. L'*Indennizzo* massimo che la *Compagnia* corrisponderà all'Assicurato per ciascun evento, fermo quanto previsto nel precedente punto 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*, sia stato indicato un solo Assicurato;
 - **12 rate mensili** di rimborso del *Finanziamento* successive alla data di denuncia del *Sinistro*, nel caso in cui nel *Modulo di Adesione* siano stati indicati due assicurati. In tal caso il limite deve intendersi complessivo per entrambi e andrà ripartito in funzione della percentuale indicata, per ogni 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 **Grande Intervento Chirurgico** sarà pari all'importo delle rate residue.
4. Il massimo esborso che la *Compagnia* corrisponderà per tutta la durata della *Copertura Assicurativa* è di:
 - € **90.000** per evento;
 - € **180.000** 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'Assicurato come da piano di *Ammortamento* del *Finanziamento* originariamente convenuto, fermi i limiti di *Indennizzo* precedentemente indicati.

Art. 4.6. Massimali di indennizzo per la garanzia Premio Futuro

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 il **periodo di Carenza** di cui all'art. 8. 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 € **22.500**;
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 € **22.500**.



COSA NON È ASSICURATO?

Art. 5. Persone non assicurabili

Non sono oggetto di copertura le persone che non presentino le condizioni di assicurabilità per come riportate ai precedenti artt. 1 e 2.

Non sono inoltre assicurabili le persone affette da alcoolismo, 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'*Assicurato* affetto da quanto sopra, determinando la risoluzione del rapporto assicurativo e il rimborso del *Premio* al netto delle imposte.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 6. Limiti e franchigie

Si elencano nei punti seguenti i limiti e le franchigie per ciascuna Garanzia ove previsti.

Art. 6.1. Decesso da Infortunio

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

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

Art. 6.2. Invalidità Permanente

È prevista una *Franchigia* per grado di invalidità inferiore al 70%.

Art. 6.2.1. Invalidità Permanente da Infortunio

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.

Qualora siano stati già corrisposti, per lo stesso *Sinistro*, indennizzi per *Grande Intervento Chirurgico*, quello dovuto 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.

Art. 6.2.2. Invalidità Permanente da Malattia

L'Indennizzo previsto per l'Invalidità Permanente da Malattia non è cumulabile con quella relativo alla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio e Decesso da Infortunio né, per lo stesso Sinistro, con quelli relativi alle garanzie Malattia Grave e Grande Intervento Chirurgico.

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

Art. 6.3. Malattia Grave

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

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.

Art. 6.4. Perdita di Lavoro (Garanzia prestata per l'Assicurato Lavoratore Dipendente Privato)

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.

È prevista una ***Franchigia Assoluta*** per il periodo di *Disoccupazione* inferiore a **30 giorni**.

Art. 6.5. Grande Intervento Chirurgico (Garanzia Prestata per Assicurato Non Lavoratore Dipendente Privato)

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***.

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.

Art. 7. Estensione territoriale

Ad eccezione della garanzia "*Perdita di Lavoro*", per la quale il rapporto di lavoro dell'*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.

Art. 8. Periodi di carenza

Si elencano nei punti seguenti i periodi di *Carenza* in relazione alle sole garanzie per le quali sono previsti.

• *Invalidità Permanente* (se da *Malattia*)

La *Malattia* sia insorta dopo il **90° giorno** successivo alla *Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*.

• *Malattia Grave*

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*).

• *Perdita di Lavoro* (Garanzia prestata per Lavoratori Dipendenti Privati)

La data di invio all'*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*).

• *Grande Intervento Chirurgico* (Garanzia prestata per Non Lavoratori Dipendenti Privati)

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*).

• **Premio Futuro**

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**.

Art. 9. Esclusioni dall'Assicurazione

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'*Assicurato* è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento dell'*Infortunio*, i requisiti per il rinnovo;
- d) gli *Infortuni* 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'*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'*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'*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'*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'*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.

Art. 9.1. Esclusioni per la garanzia Malattia Grave

Oltre a quanto indicato al precedente art. 9, vigono le esclusioni riferite alle specifiche malattie gravi di seguito elencate:

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

Art. 9.2. Esclusioni per la garanzia Perdita di Lavoro (solo per Lavoratori Dipendenti Privati)

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 9, nessun *Indennizzo* è dovuto dalla *Compagnia* per il caso di *Perdita di lavoro* se, al momento del *Sinistro*:

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

- l'*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'*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 compito;
- 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'*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'*Assicurato* abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà oppure a seguito di accordi consensuali con il *Datore di lavoro*;
- f) l'*Assicurato* non si sia iscritto presso il *Centro per l'impiego* (ufficio di collocamento o equivalente);
- g) l'*Assicurato* percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- h) l'*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. 3.4 lettera a);
- j) il periodo di *Disoccupazione* sia inferiore a 30 giorni consecutivi (*Franchigia*).

Art. 9.3. Esclusioni per la garanzia Grande Intervento Chirurgico (solo per Non Lavoratori Dipendenti Privati)

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 9, nessun *Indennizzo* è dovuto dalla *Compagnia* per il caso di *Grande Intervento Chirurgico* se, al momento del *Sinistro*:

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



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 10. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'*Assicurato* e di ogni altro eventuale *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. 10.1. 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'*Assicurato* in fase di sottoscrizione del *Contratto* e della modifica dello stesso eventualmente intervenuta nel corso della *Durata del Contratto*.

Qualora l'*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*.

Ad esempio, per l'*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'*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'*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'*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'Assicurato**.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 11. Denuncia del Sinistro e Obblighi dell'Assicurato

In caso di *Sinistro*, l'*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 Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI);
- Fax: n. 02.9045.1308;
- E-mail: 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. 11.1. Denunce successive di sinistro – Periodo di osservazione per la Garanzia “Perdita di lavoro” (solo per Lavoratori Dipendenti Privati)

In seguito alla *Liquidazione* definitiva di un *Sinistro* relativo alla garanzia *Perdita di lavoro*, l'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*.

Art. 12. Procedura di definizione della natura del sinistro, valutazione, quantificazione e criteri di liquidazione

• **Per prestazioni dovute a seguito di infortunio**

La *Compagnia* corrisponde l'*Indennizzo* per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*Infortunio*. Se al momento del *Sinistro* l'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.

• **Per prestazioni dovute a seguito di malattia**

La *Compagnia*, ricevuta la documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e, per la sola garanzia *Invalità Permanente* attese le tempistiche previste agli artt. 3.2.1 e 3.2.2., liquida l'*Indennizzo* dovuto.

Art. 13. Arbitrato

Qualora tra l'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'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'Assicurato deve trasmettere la documentazione completa relativa al *Sinistro* prima dell'inizio dell'arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'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'Assicurato le eventuali maggiori spese conseguenti alla ritardata esibizione dei documenti.

Art. 14. Valuta di pagamento

Resta comunque convenuto che gli indennizzi spettanti a termini di *Contratto* verranno pagati in Italia in valuta corrente.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 15. Premio

I premi assicurativi devono essere corrisposti, anticipatamente e in un'unica soluzione, dall'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 Finanziamento 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 € 250.000; 3,5% per la quota parte di Massimale superiore e fino a 500.000 €.

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 16. Conclusione dell'assicurazione

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui la Compagnia ha comunicato per iscritto all'Assicurato l'accettazione della proposta, a seguito del buon fine del pagamento del Premio e previa verifica da parte della Compagnia delle informazioni assunte sullo stato di salute dell'Assicurato raccolte attraverso il Questionario Sanitario.

Art. 17. Effetto e decorrenza dell'assicurazione

Le coperture assicurative e tutti gli obblighi che il Contratto di assicurazione pone a carico della Compagnia hanno effetto dalle ore 24 del giorno della data di stipula del Finanziamento erogato da Banca Mediolanum cui la polizza è abbinata, fatti salvi i periodi di Carenza di cui all'art. 8.

Art. 18. Cessazione e durata 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). Solo nel caso in cui nel corso della durata del Finanziamento sia stata attivata la relativa opzione Salta la Rata, ove contrattualmente prevista, la durata della copertura assicurativa sarà conseguentemente adeguata alla nuova durata del Finanziamento ed estesa fino ad un massimo di 3 mesi successivi rispetto alla scadenza originariamente convenuta.

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

- a) **decesso non dipendente da Infortunio dell'Assicurato**, nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo Assicurato. Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due assicurati, nel caso di decesso non dipendente da Infortunio di uno solo dei due assicurati, le prestazioni assicurative continueranno ad essere operanti per l'altro Assicurato (rimasto in vita); per quest'ultimo, la percentuale di Indennizzo inizialmente indicata nella dichiarazione di adesione contenuta nel Modulo di Adesione corrisponderà al 100%.



Esempio 1

Assicurato 1: percentuale di Indennizzo = 25%;

Assicurato 2: percentuale di Indennizzo = 75%

In caso di decesso a causa di Malattia dell'Assicurato 1. La nuova percentuale di Indennizzo per l'Assicurato 2 sarà pari al 100%.

- b) **raggiungimento del limite di età dell'Assicurato (75 anni compiuti)** nel caso in cui le prestazioni assicurative siano operanti per un solo Assicurato (fatto salvo l'esercizio dell'opzione Salta la Rata, ove contrattualmente prevista, relativa al Finanziamento cui la polizza è collegata, come già indicato). Qualora invece le prestazioni assicurative siano operanti per due assicurati, nel caso in cui uno dei due assicurati compia 75 anni, tali prestazioni continueranno ad essere operanti per l'altro Assicurato; per quest'ultimo la percentuale di Indennizzo, inizialmente indicata nel Modulo di Adesione,

corrisponderà al 100% e ciò a decorrere dalle ore 24 del giorno del compimento del 75° anno di uno degli 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 Assicurato.

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



Esempio 2

Assicurato 1: percentuale di Indennizzo = 25%;

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'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 Assicurato.

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

Art. 19. Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento

Art. 19.1. Estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Qualora, nel corso della durata della *Polizza-Convenzione*, siano intervenute estinzioni parziali del *Finanziamento*, stipulato con Banca Mediolanum, la *Compagnia* restituisce all'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'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 assicurati, la Compagnia restituisce il predetto Premio al 1°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 3

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

Importo del Prestito erogato: € 300.000

Durata del Prestito: 5 anni

Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2019

Data di estinzione totale o parziale del Prestito: 01/03/2022

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: 01/03/2024

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

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

Estinzione parziale per l'importo di € 90.000

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

Totale importo da restituire per estinzione parziale:

€ 2.371,96 - € 25 (spese amministrative) = € 2.346,96

Art. 19.2. Estinzione anticipata totale o trasferimento del Finanziamento presso altro istituto di credito

Nel caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del *Finanziamento*, la *Compagnia* restituisce all'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 successivo art. 20. 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'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 assicurati, la *Compagnia* restituisce il predetto *Premio* al 1° 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'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. 18).



Esempio 4

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

Importo del Prestito erogato: € 300.000

Durata del Prestito: 5 anni

Data di decorrenza del Prestito e della Copertura Assicurativa: 01/03/2019

Data di estinzione totale del Prestito: 01/03/2022

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: 01/03/2024

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

Calcolo del Premio unico anticipato: € 12.682,92 (Premio imponibile) x 2 (anni mancanti alla scadenza) / 5 (anni durata Finanziamento) = € 5.070,39

Totale importo da restituire per estinzione totale:

€ 5.070,39 - € 25 (spese amministrative) = € 5.045,39 (importo da restituire)



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 20. Diritto di recesso

L'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 amministrative, pari a € 25;
- 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'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 € 25), 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'*Assicurato*. La restituzione del *Premio* sarà effettuata entro 30 (trenta) giorni dalla data del recesso.

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



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

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

Art. 22. Beneficiari

I Beneficiari delle prestazioni liquidate in base alle garanzie "*Invaldità Permanente*", "*Perdita di lavoro*", "*Grande Intervento Chirurgico*" e "*Malattia Grave*" sono gli assicurati.

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

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

Art. 23. 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. 24. Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla *Polizza-Convenzione* non possono essere esercitati che dall'*Aderente/Assicurato* e dalla *Compagnia*. Spetta in particolare all'*Aderente/Assicurato* compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla *Liquidazione* dei danni. L'accertamento e la *Liquidazione* dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'*Aderente/Assicurato*, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'*Indennizzo* liquidato a termini di *Contratto* non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art. 25. 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. 26. 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 *Set Informativo* la normativa fiscale (Art. 15, lett. f) del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente al Contraente/*Assicurato* di detrarre dall'imposta lorda un importo

pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di *Invalidità 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 e nei limiti reddituali definiti dall'art.15, comma 3-bis.. 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'Assicurato

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

Art. 27. Foro Competente

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

Art. 28. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 29. Altre assicurazioni - Cumulo

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

Art. 30. Home Insurance

La *Compagnia* ha reso disponibile un'apposita Area riservata all'interno del proprio sito internet, attraverso la quale il *Contraente* può accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali dei Contratti sottoscritti nonché utilizzare le funzionalità dispositive (c.d. Servizio Home Insurance) tra cui, a titolo meramente esemplificativo, la denuncia del sinistro. In ogni caso il *Contraente* potrà utilizzare le funzionalità rese disponibili tempo per tempo della *Compagnia*.

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

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

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

TAVOLA SINOTTICA DI GARANZIE (con relativi massimali, limitazioni e franchigie)

<u>Garanzie</u>	<u>Massimali</u>	<u>Limitazioni</u>	<u>Franchigie</u>
<u>Invalità Permanente</u>	La Compagnia rimborsa massimo: ➤ € 500.000 nel caso in cui nel Modulo di Adesione, sia stato indicato un solo Assicurato; ➤ € 500.000 nel caso in cui nel Modulo di Adesione siano stati indicati due assicurati. In tal caso il limite è da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo.	Se da Infortunio Indennizzo non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente da Malattia o Decesso per infortuni. ➤ con quelle relative alle garanzie Grande Intervento Chirurgico per lo stesso sinistro. Se da Malattia Indennizzo non cumulabile: ➤ con la garanzia invalidità Permanente da Infortunio o Decesso da Infortunio; ➤ con quelle relative alle garanzie Grave Malattie e Grande Intervento Chirurgico per lo stesso sinistro.	➤ grado di invalidità inferiore al 70%.
<u>Decesso da Infortunio</u>	La Compagnia rimborsa massimo: ➤ € 500.000 nel caso in cui nel Modulo di Adesione, sia stato indicato un solo Assicurato; ➤ € 500.000 nel caso in cui nel Modulo di Adesione siano stati indicati due assicurati. In tal caso il limite è da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo.	Indennizzo non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia ➤ con quello relativo alla garanzia Grande Intervento Chirurgico per lo stesso sinistro.	
<u>Malattia Grave</u>	La Compagnia rimborsa massimo: ➤ 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia del sinistro, nel caso in cui nel Modulo di Adesione sia stato indicato un solo Assicurato; ➤ 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia del sinistro, nel caso in cui nel Modulo di adesione siano stati indicati due assicurati. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La Compagnia corrisponde massimo: ➤ € 90.000 per evento;	Per il calcolo dell'indennizzo la Compagnia utilizza l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia di sinistro con: ➤ limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo delle 12 rate successive al sinistro e quello della rata iniziale. Indennizzo non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità permanente da malattia per lo stesso sinistro.	

	➤ € 180.000 per più sinistri nell'intero periodo di copertura assicurativa.		
Grande Intervento Chirurgico (garanzia per Assicurato non lavoratore dipendente privato)	La Compagnia rimborsa massimo: ➤ 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia del sinistro, nel caso in cui nel Modulo di Adesione sia stato indicato un solo Assicurato; ➤ 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia del sinistro, nel caso in cui nel Modulo di adesione siano stati indicati due assicurati. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La Compagnia corrisponde: ➤ € 90.000 per evento; ➤ € 180.000 per più sinistri nell'intero periodo di copertura assicurativa.	Per il calcolo dell'indennizzo la Compagnia utilizza l'importo delle 12 rate mensili di rimborso del Finanziamento successive alla data di denuncia di sinistro con: ➤ Limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo delle 12 rate successive al sinistro e quello della rata iniziale. Indennizzo non cumulabile: ➤ con la garanzia Invalidità permanente da infortunio o malattia per lo stesso sinistro	
Perdita di lavoro (Predata per Assicurato lavoratore dipendente privato con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali)	Indennizzo massimo non superiore: ➤ 360 giorni per evento ➤ 1.080 giorni per tutta la durata della copertura assicurativa. Indennizzo massimo giornaliero: ➤ € 250 nel caso in cui nel Modulo di Adesione, sia stato indicato un solo Assicurato; ➤ € 250 nel caso in cui nel Modulo di Adesione siano stati indicati due assicurati. In tal caso da intendersi complessivo per entrambi e ripartito in funzione della percentuale indicata nel modulo. La Compagnia corrisponde massimo: ➤ € 7.500 mensili	Per il calcolo dell'indennizzo giornaliero la Compagnia utilizza l'importo della rata mensili di rimborso del Finanziamento successiva alla data di denuncia di sinistro e al periodo di franchigia con: ➤ Limite di scostamento massimo (positivo o negativo) del 30% tra l'importo della rata mensile di rimborso Finanziamento successiva alla data di denuncia del sinistro ed al periodo di franchigia e quello della rata iniziale.	➤ Periodo di disoccupazione inferiore a 30 giorni (franchigia assoluta)
Premio Futuro	La Compagnia prende in considerazione gli importi delle 3 rate mensili del Finanziamento successive alla data di denuncia dell'evento: ➤ Massimo € 22.500.		

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA



MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

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

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Mediolanum Vita S.p.A. - Società con unico Socio. mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it
www.mediolanumassicurazioni.it

È un prodotto di



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 www.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, 20079 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.

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.

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

	CLASSE	GRUPPO	INTERVENTO CHIRURGICO
1	VI	Faccia e bocca	Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento
2	V	Faccia e bocca	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia
3	V	Faccia e bocca	Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
4	V	Faccia e bocca	Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
5	V	Faccia e bocca	Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
6	V	Faccia e bocca	Resezione della mandibola per neoplasia
7	V	Faccia e bocca	Resezione del mascellare superiore per neoplasia
8	VI	Otorinolaringoiatra	Naso: intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
9	VI	Otorinolaringoiatra	Laringe: a) Laringectomia totale b) Faringo-laringectomia
10	VI	Otorinolaringoiatra	Orecchio: antro-atticotomia
11	VI	Otorinolaringoiatra	Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne
12	VI	Otorinolaringoiatra	Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
13	VI	Otorinolaringoiatra	Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
14	V	Oculistica	Iridocicloretrazione per glaucoma
15	VI	Collo	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
16	VI	Collo	Timectomia per via cervicale
17	VI	Collo	Resezione dell'esofago cervicale
18	V	Esofago	Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
19	VI	Esofago	Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali
20	V	Esofago	Esofagoplastica
21	VI	Torace e chirurgia toracica	Lobectomia
22	VI	Torace e chirurgia toracica	Pneumonectomia
23	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
24	VI	Torace e chirurgia toracica	Pleuropneumonectomia
25	VI	Torace e chirurgia toracica	Resezione bronchiale con reimpianto
26	V	Torace e chirurgia toracica	Timectomia per via toracica
27	V	Torace e chirurgia toracica	Toracoplastica totale
28	V	Torace e chirurgia toracica	Pericardiectomia parziale o totale
29	V	Torace e chirurgia toracica	Suture del cuore per ferite
30	V	Torace e chirurgia toracica	Interventi per corpi estranei del cuore
31	VI	Torace e chirurgia toracica	Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
32	VI	Torace e chirurgia toracica	Derivazione aortopolmonare
33	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi per fistole arterovenose del polmone
34	VI	Torace e chirurgia toracica	Interventi a cuore aperto
35	VI	Torace e chirurgia toracica	Bypass aorto-coronarico
36	V	Torace e chirurgia toracica	Commissurotomia
37	VI	Stomaco – Duodeno	Gastrectomia totale per neoplasie maligne
38	V	Stomaco – Duodeno	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
39	VI	Intestino	Colectomia totale
40	V	Intestino	Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali
41	VI	Intestino	Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
42	IV	Retto – Ano	Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o in più tempi
43	VI	Fegato e vie biliari	Resezioni epatiche maggiori
44	VI	Fegato e vie biliari	Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
45	V	Fegato e vie biliari	Deconnessione azygos-portale per via addominale
46	VI	Pancreas e milza	Interventi per necrosi acuta del pancreas
47	V	Pancreas e milza	Interventi per cisti e pseudo-cisti
48	VI	Pancreas e milza	Interventi per fistole pancreatiche
49	VI	Pancreas e milza	Interventi demolitivi sul pancreas
50	VI	Pancreas e milza	Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
51	VI	Pancreas e milza	Duodeno-cefalopancreatectomia con o senza linfadenectomia
52	V	Pancreas e milza	Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive

	CLASSE	GRUPPO	INTERVENTO CHIRURGICO
53	VI	Pancreas e milza	Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas
54	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche
55	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
56	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
57	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Operazioni per encefalo-meningocele
58	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi simili (stereotassi)
59	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
60	VI	Sistema nervoso centrale e periferico	Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
61	VII	Sistema nervoso centrale e periferico	Emisferectomia
62	V	Sistema nervoso centrale e periferico	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
63	V	Chirurgia vascolare	Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco braccio-cefalico, iliache
64	VI	Chirurgia vascolare	Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
65	VI	Chirurgia pediatrica	Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
66	VI	Chirurgia pediatrica	Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
67	VI	Chirurgia pediatrica	Nefrectomia per tumore di Wilms
68	VI	Ortopedia – Articolazione	Disarticolazione interscapolo toracica
69	VI	Ortopedia – Articolazione	Emipelvectomia
70	V	Ortopedia – Articolazione	Artroplastica delle grandi articolazioni
71	VI	Ortopedia – Articolazione	Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
72	VI	Ortopedia – Articolazione	Osteosintesi vertebrale
73	VI	Ortopedia – Articolazione	Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
74	V	Ortopedia – Articolazione	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
75	VI	Ortopedia – Articolazione	Ricostruzione del pollice in microchirurgia
76	V	Ortopedia – Articolazione	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
77	V	Ortopedia – Articolazione	Artroprotesi carpale
78	V	Ortopedia – Articolazione	Amputazione grandi segmenti
79	VII	Ortopedia – Articolazione	Reimpianti di arto o suo segmento
80	V	Urologia	Intervento per fistola vescico-rettale
81	VI	Urologia	Intervento per estrofia della vescica
82	VI	Urologia	Cistectomia totale, ureterosigmoidostomia
83	V	Urologia	Uretero-ileo-anastomosi (o colo)
84	VI	Urologia	Nefrectomia allargata per tumore
85	VI	Urologia	Nefro-ureterectomia totale
86	VI	Urologia	Surrenalectomia
87	VI	Urologia	Prostatectomia radicale per neoplasia con linfadenectomia
88	V	Urologia	Amputazione totale del pene con linfadenectomia
89	V	Apparato genitale maschile	Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
90	V	Ginecologia	Panisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni
91	V	Ginecologia	Mastectomia radicale con linfadenectomia
92	VII	Ginecologia	Vulvectomia allargata con linfadenectomia
93	VII	Trapianti d'organo	Tutti