

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI:

- INFORTUNI
- RESPONSABILITÀ CIVILE CAPOFAMIGLIA
- PERDITA DI LAVORO/INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
DA INFORTUNIO O MALATTIA (UTENZE PROTETTE)

Protezione Conto Mediolanum

Convenzione n° 4269006

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

a) la Nota Informativa comprensiva del Glossario

b) le Condizioni di Assicurazione

c) il Modulo di Adesione

deve essere consegnato all'Aderente/Assicurato prima dell'adesione alla Convenzione
"Protezione Conto Mediolanum" n. 4269006.

AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

È un prodotto di





MEDIOLANUM
PROTEZIONE CONTO

INDICE

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI	1/8
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	1/8
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	1/8
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5/8
GLOSSARIO	7/8
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1/14



NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

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

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

Mediolanum Assicurazioni è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22.08.74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa al 31/12/2016

Il patrimonio netto dell'impresa è di € 39.944.837,00, di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000,00;
- la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 14.144.837,00.

L'indice di solvibilità della gestione 3,19. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

A seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi ratio patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement Ratio calcolato sulla base dei dati ad oggi disponibili è pari a 200,49%, mentre il Minimum Capital Requirement Ratio è pari a 588,89%. Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati.

Rappresenta il capitale che deve essere detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza (un anno e 99,5%).

Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

AVVERTENZA

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Protezione Conto Mediolanum è un prodotto assicurativo di Mediolanum Assicurazioni S.p.A., riservato a tutti i clienti intestatari di conti correnti della gamma Mediolanum.

Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo.

AVVERTENZA: L'Aderente/Assicurato ha facoltà di recedere annualmente mediante lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza. In questi casi, la copertura assicurativa resterà in essere fino alla fine del periodo di copertura (ore 24.00 del 31/12).

AVVERTENZA: nell'ipotesi di estinzione del conto corrente o passaggio ad altra tipologia di conto che non prevede la copertura assicurativa facoltativa, la stessa cesserà automaticamente alle ore 24.00 del 31/12 successivo alla data di estinzione/variazione del conto corrente.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa complessivamente operante è determinata dalla composizione di una o più delle SEZIONI (A, B e C) sottoscritte dal Contraente in fase di adesione, le cui garanzie sono di seguito sinteticamente illustrate.

Con la presente Polizza, la Compagnia si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'Indennizzo all'Aderente/Assicurato in caso di Sinistro causato dagli eventi di seguito elencati.

Sezione A - Infortuni

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato subisca nello svolgimento di attività professionali e non professionali, garantendo in caso di:

- **decesso**, un indennizzo, pari alla somma assicurata, agli eredi legittimi o testamentari dell'Aderente/Assicurato;
- **invalidità permanente** di grado superiore al 65%, un'indennità pari alla somma assicurata. Qualora venga riconosciuta un'invalidità permanente da infortunio di grado superiore al 30% ma pari o inferiore al 65%, un indennizzo determinato nella misura del 50% della somma assicurata. La Compagnia non riconosce alcun indennizzo per invalidità permanenti da infortunio di grado pari o inferiore al 30%;
- **spese sanitarie**, il rimborso delle stesse, direttamente conseguenti all'infortunio, per le prestazioni previste all'Art. A11 delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennità per invalidità permanente non è cumulabile con quella per decesso da infortunio.

Sezione B - Responsabilità Civile Capofamiglia

L'Aderente/Assicurato è tenuto indenne da quanto debba pagare a titolo di risarcimento per danni involontariamente causati a terzi, in conseguenza di fatti accidentali verificatisi nell'ambito della sua vita privata, non professionale, e di relazione. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'Art. B1 delle Condizioni di Assicurazione.

Sezione C - Utenze protette

La Compagnia riconosce agli Aderenti/Assicurati un indennizzo mensile commisurato alla media mensile, rilevata nei 12 mesi precedenti la denuncia di sinistro, degli addebiti relativi alle utenze domiciliate sul conto corrente oggetto della copertura assicurativa (Art. C6 delle Condizioni di assicurazione), previsto per i seguenti eventi assicurati:

- per i lavoratori dipendenti, la Perdita di lavoro;
- per i lavoratori autonomi, l'Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia che determini l'impossibilità a svolgere l'attività lavorativa.

La copertura è valida esclusivamente per le persone fisiche appartenenti alle categorie sopracitate. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. C1 delle Condizioni di Assicurazione.

I diritti derivanti dalla copertura (Perdita di lavoro/Inabilità totale temporanea) dipenderanno dalla situazione lavorativa dell'Aderente/Assicurato rilevata al momento del Sinistro.

AVVERTENZA: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; per maggiori dettagli si rinvia: per

gli Infortuni agli Artt. A3, A6, A7, A9 e A11 delle Condizioni di Assicurazione; per la Responsabilità Civile Capofamiglia agli Artt. B1, B4, e B5 delle Condizioni di Assicurazione; per le Utenze protette agli Artt. C1, C3, C5, C7 e C10 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede l'applicazione di franchigie, di massimali e di carenze; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Artt. A7, A11, A12, B1, C5, C6, C8 e C9 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la garanzia invalidità permanente da infortunio, è applicata una franchigia pari al 30%. Pertanto non verrà riconosciuto alcun indennizzo per invalidità permanenti da infortunio di grado inferiore al 30%.

Esempio di franchigia per la sezione Infortuni

Grado invalidità permanente accertato	Somma assicurata	Indennizzo corrisposto
20%	100.000 €	0 €
40%	100.000 €	50.000€
70%	100.000 €	100.000 €

Esempio massimali sezione Utenze protette

Spesa media mensile utenze addebitate su conto corrente	Massimale per disoccupazione (400 € per 9 mesi)	Indennizzo per durata disoccupazione pari a 6 mesi (1 mese di franchigia)	Indennizzo per durata disoccupazione pari a 12 mesi
200 €	3.600 €	200 € per 5 mesi	200 € per 9 mesi
500 €	3.600 €	400 € per 5 mesi	400 € per 9 mesi

AVVERTENZA: l'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni per la sezione "Infortuni" e di 65 per la sezione "Utenze protette". Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Artt. A3 e C2.

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: il contratto prevede alcuni "Periodi di carenza", ovvero il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di effetto durante il quale le coperture assicurative non sono operanti; a tal proposito si rimanda agli Artt. C5 e C7 delle Condizioni di Assicurazione.

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

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo. Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. G1, A4, C1 e C3 delle Condizioni di Assicurazione.

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

L'Aderente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni circostanza rilevante che determini l'aggravamento o la diminuzione del rischio; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. A4 e C1 delle Condizioni di Assicurazione.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Per la determinazione del premio e della prestazione assicurativa non si è tenuto conto della professione esercitata, pertanto l'Aderente/Assicurato è esonerato dal comunicare alla Compagnia l'eventuale variazione; si precisa comunque che al momento del Sinistro saranno automaticamente operanti le Coperture Assicurative

previste in base alla condizione lavorativa dell'Aderente/Assicurato; per maggiori dettagli si rinvia all'Art. C1 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: nel caso in cui un lavoratore dipendente diventi lavoratore autonomo la prestazione garantita non sarà più la perdita di lavoro ma sarà l'inabilità totale temporanea.

I diritti derivanti dalla copertura (Perdita di lavoro/Inabilità totale temporanea) dipenderanno dalla situazione lavorativa dell'Aderente/Assicurato rilevata al momento del Sinistro (Art. C1 delle Condizioni di Assicurazione).

7. Premi

Il pagamento dei premi avviene con periodicità annuale.

Il pagamento del premio avviene mediante addebito diretto, per tutta la durata del contratto, esclusivamente sul conto corrente intrattenuto dall'Aderente/Assicurato presso la Contraente, la quale provvede a trasmettere il premio alla Compagnia secondo le modalità concordate nell'ambito della Convezione n. 4269006.

Per maggiori dettagli sul premio si rimanda all'Art. G3 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: La Compagnia può applicare sconti di premio alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della Compagnia; dipendenti, Consulenti Finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Gruppo Mediolanum nonché dipendenti o collaboratori continuativi delle società controllate e collegate ai soggetti partecipanti al patto di sindacato della controllante Banca Mediolanum S.p.A.. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.

La Compagnia o il distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio non sono soggetti ad adeguamento.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: la Compagnia e l'Aderente/Assicurato potranno recedere annualmente dalla polizza dandone comunicazione all'altra Parte, mediante lettera raccomandata, oppure tramite apposito modulo predisposto dalla Compagnia, da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. G2 comma d) delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, se l'Aderente/Assicurato non adempie dolosamente l'obbligo di avviso del sinistro o di salvataggio per evitare o ridurre il danno, decade dal diritto all'indennizzo; se l'omissione è colposa, la Compagnia ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio subito.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

- **Imposta sui premi**

Ai premi relativi del presente contratto è applicata l'imposta:

- del 2,5% per le sezioni A e C;
- del 22,25% per la sezione B.

- **Detrazione dei premi versati**

Alla data di predisposizione del presente Fascicolo la normativa fiscale (Art. 15, lett. f) del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente al Contraente di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto il rischi di decesso 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. 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.

Qualora l'Assicurazione sia finalizzata alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'Art. 3, comma 3, della Legge 5 Febbraio 1992 n. 104, accertata con le modalità di cui all'Art. 4 della medesima legge, lo status di disabilità grave del/i Beneficiario/i dovrà essere comunicato alla Compagnia mediante l'invio della copia dell'apposita certificazione.

- Tassazione della prestazione erogata

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: l'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica l'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

In caso di Sinistro, la Contraente o l'Aderente/Assicurato devono darne comunicazione alla Compagnia. La comunicazione alla Compagnia dovrà essere inviata al più presto e comunque entro e non oltre 5 giorni dalla data di accadimento del Sinistro. Per la denuncia del Sinistro alla Compagnia la Contraente o l'Aderente/Assicurato potranno utilizzare la modulistica allegata al presente fascicolo; si rimanda per i dettagli agli Artt. A13, B6 e C11 delle Condizioni di Assicurazione, così come si rimanda ai successivi Artt. A14, B7, C6 e C9 delle Condizioni di Assicurazione per la determinazione dei criteri di indennizzo.

14. Reclami

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

Stante quanto sopra, i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, dovranno essere indirizzati a:

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it.

Con riferimento ai reclami attinenti al comportamento di Banca Mediolanum S.p.A. in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza - inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e dei collaboratori della stessa - gli stessi sono invece trattati dall'Ufficio Reclami di Banca Mediolanum S.p.A., via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio - MI (recapiti completi disponibili sul sito www.bancamediolanum.it/reclami-ricorsi-conciliazione), che è parimenti tenuta a dare riscontro al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento. Resta inteso che gli eventuali reclami indirizzati alla Compagnia, ma aventi ad oggetto il comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., nonché i reclami indirizzati alla Banca, ma aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza, saranno prontamente e rispettivamente inoltrati dalla Compagnia alla Banca o viceversa, che provvederanno a rispondere ciascuna per quanto di propria competenza nel rispetto delle tempistiche sopra indicate, dandone contestuale notizia al reclamante. In tale caso, i termini di riscontro decorreranno dalla data di ricezione del reclamo presso la Società ritenuta competente ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta al reclamante, le imprese forniscono una chiara spiegazione della propria posizione e lo informano in merito alla possibilità, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, di rivolgersi all'IVASS o ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti



a livello normativo o convenzionale, specificandone le modalità. Pertanto, qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro, da parte della Compagnia o dell'Intermediario, nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. I reclami indirizzati all'IVASS sono predisposti utilizzando l'apposito modello disponibile sul sito dell'IVASS medesima e comunque devono contenere:

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

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

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

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

15. Arbitrato

Per le controversie relative alla presente Polizza di assicurazione è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'Arbitrato sarà la città sede dell'Autorità Giudiziaria più vicina al luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato. **Si rinvia agli Artt. G11 e A16 delle Condizioni di Assicurazione.**

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

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

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



GLOSSARIO

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

Aderente/Assicurato

La persona fisica residente in Italia, primo o secondo intestatario di un conto corrente di Banca Mediolanum, che, sottoscrivendo il Modulo di Adesione (Mod. MPC1 - Ed. 10-2017 e successivi) ha aderito alla Convenzione n. 4269006 stipulata tra la Contraente e la Compagnia, come di seguito definite.

Beneficiario

Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Centro per l'impiego

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

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Contraente

Banca Mediolanum S.p.A. che stipula le Polizze per conto dei propri clienti, che siano titolari di conto corrente.

Convenzione

È il contratto stipulato tra la Compagnia e la Contraente che regola le condizioni delle coperture assicurative che si applicano agli Aderenti/Assicurati.

Data di effetto della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Disoccupazione

È lo stato in base al quale l'Aderente/Assicurato, Lavoratore Dipendente con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, 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).

Franchigia

La parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Aderente/Assicurato ovvero l'importo che in caso di sinistro l'Aderente/Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce indennizzo.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Autonomo

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

Ai sensi della presente polizza, 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

Per convenzione fra le Parti si considera Lavoratore



Dipendente la persona fisica che al momento del Sinistro non sia Lavoratore Autonomo, Atipico o Non Lavoratore, e che si sia obbligato a prestare il proprio lavoro alle dipendenze di altri, in base ad un **contratto di lavoro dipendente di diritto italiano** comportante un **obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali**.

Malattia

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

Massimale

La somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione

È il modulo tempo per tempo vigente predisposto dalla Compagnia per l'adesione alla polizza Convenzione "Protezione Conto Mediolanum" n. 4269006.

Nucleo Familiare

Tutte le persone che risultano, al momento del sinistro, conviventi con l'Aderente/Assicurato così come risultante dal certificato "Stato di famiglia".

Perdita di lavoro

La risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo in corso tra l'Aderente/Assicurato, Lavoratore Dipendente, 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 (Disoccupazione) durante il quale l'Aderente/Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia connessa ad un nuovo Sinistro per la medesima garanzia.

Premio

La somma dovuta alla Compagnia per le coperture assicurative prestate. Il Premio viene pagato dall'Aderente/Assicurato alla Contraente e da quest'ultima trasmesso alla Compagnia.

Reclamante

Soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio l'aderente/assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Reclamo

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

Ricorso terzi

È il rischio relativo al caso in cui l'Aderente/Assicurato, in relazione alla proprietà o conduzione del Fabbricato (dimora abituale e residenza anagrafica), deve rispondere dei danni materiali diretti - quale civilmente responsabile ai sensi di legge - causati alle cose di terzi e/o dei locatari per gli eventi coperti dalla garanzia assicurativa.

Rischio locativo

È il rischio relativo al caso in cui l'Aderente/Assicurato, non proprietario dei beni assicurati ma disponendone in forza di un contratto di locazione, deve rispondere nei confronti del proprietario dei danni materiali diretti subiti dai beni stessi ai sensi degli Artt. 1588, 1589 e 1611 del Codice Civile.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE G

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI (A, B e C)

Premessa

Le Coperture Assicurative di seguito riportate si intendono prestate per l'Aderente/Assicurato gli Aderenti/Assicurati nominativamente indicato/i nel Modulo di Adesione (Mod. MPC1 - Ed. 10-2017).

Art. G1 - Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

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

Art. G2 - Effetto, scadenza, proroga, disdetta e cessazione della copertura assicurativa

a) Effetto della copertura assicurativa

Le coperture assicurative per gli Aderenti/Assicurati che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n. 4269006 opzionando almeno una delle 3 coperture successivamente illustrate, decorrono:

- **per il primo periodo di copertura**
 - nel caso di sottoscrizione contestuale all'apertura/variazione tipologia del conto corrente, dalle ore 24.00 del 15° giorno del mese successivo al perfezionamento dello stesso e salvo il buon fine del pagamento del premio;
 - nel caso di sottoscrizione successiva all'apertura del conto corrente, dalle ore 24.00 del 15° giorno del mese successivo all'addebito del premio sul conto corrente già in essere;
- **per i rinnovi successivi, dalle ore 24.00 del 1° gennaio di ogni anno.**

b) Scadenza della copertura assicurativa

Le coperture assicurative previste termineranno alle ore 24.00 del 31/12 di ogni anno.

c) Proroga della copertura assicurativa

In mancanza di disdetta, la copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente. Per

i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

d) Disdetta della copertura assicurativa

In caso di disdetta mediante lettera raccomandata, da inviare **almeno 30 giorni prima della scadenza**, la copertura assicurativa resterà in essere fino alla fine del periodo di copertura (ore 24.00 del 31/12).

e) Cessazione della copertura assicurativa

Nell'ipotesi di estinzione del conto corrente o passaggio ad altra tipologia di conto che non prevede la copertura assicurativa facoltativa, la stessa cesserà automaticamente alle ore 24.00 del 31/12 successivo alla data di estinzione/variazione del conto corrente.

Art. G3 - Pagamento del premio

Il premio annuo lordo è indicato nel modulo di adesione predisposto dalla Compagnia ovvero su altra modulistica predisposta dalla Compagnia e tempo per tempo vigente.

Relativamente al "Primo periodo di copertura", che decorrerà secondo quanto indicato all'Art. G2 lettera a), il premio lordo sarà calcolato nel seguente modo:

1. Premio annuo lordo / 12 = Premio lordo mensile.
2. Premio lordo mensile x mesi di copertura = rateo di premio da corrispondere alla Compagnia.

Pertanto, se per esempio l'effetto della polizza per il primo periodo di copertura dovesse decorrere dalle ore 24.00 del 15 gennaio, i mesi di copertura dal 15 gennaio al 31 dicembre saranno 11,5 e il rateo di premio da corrispondere alla Compagnia sarà determinato moltiplicando il premio mensile x 11,5. Se invece l'effetto della polizza per il primo periodo di copertura dovesse decorrere dalle ore 24.00 del 15 febbraio, i mesi di copertura dal 15 febbraio al 31 dicembre saranno 10,5 e il rateo di premio da corrispondere alla Compagnia sarà determinato moltiplicando il premio mensile x 10,5 (e così per i mesi successivi).

Il premio deve essere pagato dal Contraente alla Compagnia nei termini stabiliti dalla polizza Convenzione n. 4269006.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore solo dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile,



salvo quanto disposto dall'Art. G2) comma d)
Disdetta della copertura assicurativa.

Art. G4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche della polizza devono essere provate per iscritto.

Art. G5 - Altre assicurazioni

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile, né il Contraente né l'Aderente/Assicurato sono obbligati a comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni che prevedano le stesse garanzie prestate con il presente contratto.

Tuttavia, se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Aderente/Assicurato, in caso di sinistro, deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

Art. G6 - 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. G7 - Valuta di pagamento

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in euro.

Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Aderente/Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. G8 Regime Fiscale

- Imposta sui premi

Ai premi relativi del presente contratto è applicata l'imposta:

- del 2,5% per le sezioni A e C;
- del 22,25% per la sezione B.

- Detrazione dei premi versati

Alla data di predisposizione del presente Fascicolo la normativa fiscale (Art. 15, lett. f) del D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente al Contraente di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di decesso 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. 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.

Qualora l'Assicurazione sia finalizzata alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'Art. 3, comma 3, della Legge 5 Febbraio 1992 n. 104, accertata con le modalità di cui all'Art. 4 della medesima legge, lo status di disabilità grave del/i Beneficiario/i dovrà essere comunicato alla Compagnia mediante l'invio della copia dell'apposita certificazione.

- Tassazione della prestazione erogata

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

Art. G9 - 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. G10 - Foro Competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato.



SEZIONE A

NORME CHE REGOLANO LA COPERTURA INFORTUNI

La presente garanzia opera solo per gli Aderenti/Assicurati che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n. 4269006 opzionando, nel Modulo di adesione della polizza Protezione Conto Mediolanum (Mod. MPC1 - Ed. 10-2017 e successivi) ovvero su altra modulistica predisposta dalla Compagnia, la copertura **"Infortuni"**.

Art. A1 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia riconosce agli Aderenti/Assicurati l'indennizzo previsto per le seguenti prestazioni assicurative:

- Decesso da infortunio;
- Invalidità permanente da infortunio;
- Rimborso spese mediche a seguito di infortunio.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato, identificato con Cognome e Nome nel modulo di adesione, subisca nello svolgimento delle attività professionali e non professionali, **purché tali attività non rientrino in quelle espressamente indicate nell'Art. A6 ("Esclusioni")**.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, compreso l'annegamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le ernie traumatiche, le lesioni muscolari da sforzo (con esclusione degli infarti) e le lesioni tendinee da sforzo. **Non sono considerate infortunio, bensì malattia, le ernie da sforzo;**
- infortuni causati da malore.

Art. A2 - Rischi compresi

a) Infortuni derivanti da colpa grave e tumulti popolari.

A deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, si considerano in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.

A deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, si considerano in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari, a condizione che l'Aderente/Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

b) Rischio di calamità naturali.

A deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Sono compresi nella presente assicurazione gli infortuni causati da alluvioni e inondazioni.

Resta comunque convenuto che, in caso di evento - movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione - che colpisca più Aderenti/Assicurati con la Compagnia, l'esborso massimo da parte di quest'ultima non potrà superare la somma di euro 10.000.000 per l'intero evento.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Aderente/Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

c) Rischio guerra.

A deroga del comma 4) dell'Art. A6, sono compresi gli infortuni derivanti da guerra e da insurrezione che l'Aderente/Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'insorgere di tali eventi, a condizione che questi abbiano sorpreso l'Aderente/Assicurato mentre già si trovava nello Stato nel quale si sono manifestati.

d) Rischio volo.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei, di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto previsto dall'Art. A6 comma 8) "Esclusioni"**.

La copertura assicurativa inizia nel momento in cui l'Aderente/Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso.

In caso di incidente aeronautico che colpisca l'Aderente/Assicurato e/o altre persone assicurate con altre polizze della Compagnia, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare la somma di euro 1.000.000 per persona ed euro 10.000.000 per aeromobile per il caso di decesso e/o invalidità permanente.

Nel caso gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Aderente/Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

Art. A3 - Limiti di età dell'Aderente/Assicurato

L'assicurazione vale **per persone di età non superiore a 75 anni**.

Qualora l'Aderente/Assicurato raggiunga il limite di



età sopra indicato nel corso dell'annualità assicurativa, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75° anno e cesserà anche l'addebito del relativo premio. Resta inteso che qualora quella della presente sezione fosse l'unica sottoscritta ne consegue la risoluzione del contratto stesso.

L'eventuale incasso dei premi da parte della Compagnia scaduti successivamente al compimento dell'età sopraindicata dà diritto all'Aderente/Assicurato di richiederne la restituzione.

Art. A4 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili:

- le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); sieropositività da HIV;
 - le persone affette da sindromi organiche cerebrali.
- L'assicurazione cessa automaticamente con il manifestarsi di tali affezioni.

Non sono inoltre assicurabili le persone che all'atto dell'adesione all'Assicurazione (o successivamente, nel corso dell'assicurazione), svolgono una delle seguenti attività:

- corpi armati dello stato (Militari, Polizia, Carabinieri, ecc.);
- operatore nel campo dell'energia nucleare;
- attività a contatto con esplosivi e materiale pirotecnico;
- stuntman (attori di cinema, di teatro e simili);
- attività circense;
- palombaro, sommozzatore.

Qualora una delle sopracitate attività venga iniziata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione, l'Aderente/Assicurato dovrà darne comunicazione alla Compagnia, la quale provvederà a recedere dall'assicurazione e a rimborsare la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. A5 - Validità territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero. Gli indennizzi spettanti a termini di polizza verranno pagati in Italia in valuta corrente.

Art. A6 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- 1) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento dell'infortunio, i requisiti per il rinnovo;
- 2) intossicazione acuta da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci); epilessia; psicosi croniche prive di causalità organica;
- 3) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato (Art. 43 del Codice Penale) e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché da atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Cod. Civ.);
- 4) guerre ed insurrezioni, salvo quanto previsto al comma c) dell'Art. A2;
- 5) operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti resi necessari da infortuni non indennizzabili a termini di polizza;
- 6) 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).

Sono esclusi anche:

- 7) le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione;
- 8) relativamente al "Rischio volo" (Art. 2 comma d), gli infortuni subiti dall'Aderente/Assicurato:
 - su aeromobili di Compagnia/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili di aeroclub;
 - alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, anche da diporto.

Sono esclusi inoltre gli infortuni causati dalla pratica (allenamenti, competizioni, gare):

- 9) di sport costituenti per l'Aderente/Assicurato attività professionale (o che comunque comportino una remunerazione diretta);
- 10) di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, salvo che si tratti di raduni automobilistici o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;
- 11) di sport comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio, kitesurfing e elibike;
- 12) dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado,**



free climbing, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, speleologia, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, bungee jumping, torrentismo, motocross, trial, hydrospeed, canyoning, freestyle ski, supermotard.

GARANZIE PRESTATE

Art. A7 - Invalidità permanente

In caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che determini per l'Aderente/Assicurato un'invalidità permanente **di grado superiore al 65%**, la Compagnia corrisponderà all'Aderente/Assicurato un'indennità pari alla somma assicurata. Qualora venga riconosciuta un'invalidità permanente da infortunio di grado superiore al **30%** ma pari o inferiore al **65%**, la Compagnia corrisponderà all'Aderente/Assicurato un indennizzo determinato nella misura del **50% della somma assicurata.**

La Compagnia non riconosce alcun indennizzo per invalidità permanenti da infortunio di grado pari o inferiore al 30%.

Il grado di invalidità permanente è determinato in base a quanto previsto nel successivo Art. A8 **"Accertamento del grado di invalidità permanente"**.

L'indennità per invalidità permanente non è cumulabile con quella per decesso da infortunio.

Art. A8 - Accertamento del grado di invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida in relazione al grado di invalidità accertato, adottando, per tale calcolo, l'allegata Tabella delle percentuali di invalidità di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, e successive modifiche, relative al settore «Industria», senza considerare la franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

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 minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più

organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione, fino al limite massimo del 100% (cento per cento).

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra citata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Aderente/Assicurato ad una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

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 constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro.

Si precisa che la valutazione dell'Invalidità permanente da parte della Compagnia non è soggetta a revisione periodica come invece è prassi per l'INAIL.

Art. A9 - Morte e morte presunta

L'indennizzo per il caso di decesso è dovuto se la morte si verifica - anche successivamente alla scadenza di polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato agli eredi legittimi o testamentari dell'Aderente/Assicurato.

L'indennizzo per il caso di decesso non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Aderente/Assicurato muore, gli eredi legittimi o testamentari dell'Aderente/Assicurato avranno diritto alla differenza se l'indennizzo per decesso è superiore a quello già pagato per invalidità permanente.

Se il corpo dell'Aderente/Assicurato, in conseguenza di annegamento, di incidente da circolazione terrestre o da navigazione aerea o marittima, non venisse più ritrovato, la Compagnia liquida la somma dovuta a termini di polizza, purché siano trascorsi almeno due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Nel caso in cui il pagamento dell'indennità sia stato effettuato ed in seguito l'Aderente/Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie certe, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata, fermi in ogni caso i diritti eventualmente spettanti all'Aderente/



Assicurato per menomazioni indennizzabili ai sensi della presente polizza.

Art. A10 - Cessazione copertura a seguito di invalidità permanente o decesso dell'Aderente/Assicurato

Contestualmente all'avvenuta liquidazione di un sinistro per infortunio, relativo al caso di decesso o al caso di invalidità permanente, le Parti convengono che l'assicurazione si intenderà cessata, e ciò senza obbligo di comunicazione fra le Parti e restando acquisito alla Compagnia il premio pagato.

Art. A11 - Rimborso spese mediche

La garanzia è operante esclusivamente dietro presentazione di referto medico rilasciato da pronto soccorso entro **5 (cinque) giorni** dall'accadimento dell'infortunio.

La Compagnia rimborsa le spese sanitarie, direttamente conseguenti all'infortunio, sostenute per:

- a) ricovero in Istituto di cura pubblico o privato con o senza intervento chirurgico (rette di degenza, onorari medici, chirurghi e aiuti chirurgo, anestesisti, materiali e diritti di sala operatoria, medicinali). Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare i danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- b) intervento chirurgico ambulatoriale;
- c) visite mediche specialistiche;
- d) applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- e) diagnostica artroscopica;
- f) accertamenti diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- g) accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici (es: TAC, RMN, ecografia, doppler, holter, scintigrafia);
- h) analisi ed esami diagnostici di laboratorio, clinici, immunologici, microscopici;
- i) terapie fisiche anche specialistiche (es. laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia);
- j) presidi ortopedici limitatamente a corsetti ortopedici, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco nonché protesi oculari.

Il rimborso delle spese mediche sostenute verrà effettuato dalla Compagnia previa deduzione di uno **scoperto del 15% con il minimo di euro 300 per sinistro, precisando che per sinistro si intende l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.**

Il rimborso viene effettuato dalla Compagnia previa presentazione, in originale, di apposita domanda corredata dal referto del pronto soccorso, dalle altre documentazioni mediche inerenti (ivi compresa l'eventuale cartella clinica), nonché dai documenti giustificativi di spesa debitamente quietanzati (notule del medico, conti dell'Istituto di cura, ecc.).

La Compagnia restituirà i predetti documenti di spesa originali, previa apposizione sugli stessi della data di liquidazione e dell'importo liquidato solo a seguito di richiesta scritta dell'Aderente/Assicurato.

Qualora l'Aderente/Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto ai sensi della presente garanzia dietro presentazione della certificazione originale delle spese effettivamente sostenute riportante l'indicazione dell'importo già rimborsato da terzi, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al tasso di cambio alla data di liquidazione del sinistro ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. A12 - Somma assicurata / Massimale

La somma assicurata per la garanzia invalidità permanente è pari ad euro 100.000.

La somma assicurata per la garanzia decesso è pari ad euro 75.000.

Il massimale annuo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche è pari ad euro 5.000.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. A13 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Aderente/Assicurato

In caso di sinistro, l'Aderente/Assicurato o i suoi aventi diritto, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile, devono darne avviso scritto alla Compagnia **entro 5 (cinque) giorni** da quando ne hanno avuto conoscenza.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

In caso di sinistro che preveda il rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio la denuncia dovrà contenere il referto di pronto soccorso e le altre documentazioni mediche inerenti, compresa l'eventuale cartella clinica.



L'Aderente/Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre ogni altra documentazione sanitaria richiesta, a tal fine sciogliendo il medico dal segreto professionale.

I beneficiari in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Nell'ipotesi di ricorso all'arbitrato irrituale, regolato dall'Art. A16, l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di esibire la documentazione completa prima di richiedere l'arbitrato stesso.

Tutti i costi relativi ai certificati medici e alla documentazione sopra indicata sono a carico dell'Aderente/Assicurato.

Art. A14 - Criteri di indennizzabilità

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

Art. A15 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Aderente/Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. A16 - Procedura per la valutazione del danno - Controversie - Arbitrato irrituale

La quantificazione dell'indennizzo definitivo spettante all'Aderente/Assicurato a seguito del sinistro, può essere demandato dalle Parti a due medici, nominati uno per parte. Qualora i due medici non raggiungano

l'accordo, le divergenze di natura medica su quanto sopra indicato, nonché sui criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. A14 delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate, per iscritto, a un Collegio di tre medici, composto dai due medici già nominati dalle Parti e da un terzo, nominato di comune accordo dai medici stessi o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze del terzo medico.

Il Collegio medico ha la facoltà di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

L'Aderente/Assicurato deve trasmettere la documentazione completa relativa al sinistro prima dell'inizio dell'arbitrato.

In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'Aderente/Assicurato proceda all'esibizione di ulteriore documentazione che possa influire sull'esito, è data facoltà al Collegio di rinviare la riunione per un periodo non superiore a 60 (sessanta) giorni, per consentire alla Compagnia il riesame del sinistro alla luce dei nuovi elementi di giudizio.

Nel momento in cui la documentazione risulti influente ai fini della valutazione del sinistro, sono a carico dell'Aderente/Assicurato le eventuali maggiori spese conseguenti alla ritardata esibizione dei documenti.



SEZIONE B

NORME CHE REGOLANO LA COPERTURA RESPONSABILITÀ CIVILE CAPOFAMIGLIA

La presente garanzia opera solo per gli Aderenti/Assicurati che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n. 4269006 opzionando, nel Modulo di adesione della polizza Protezione Conto Mediolanum (Mod. MPC1 - Ed. 10-2017 e successivi) ovvero su altra modulistica predisposta dalla Compagnia, la copertura **"R.c. Capofamiglia"**.

GARANZIE PRESTATE

Art. B1 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia si obbliga, entro il limite di **500.000 euro** e purché il caso non sia escluso ai sensi dell'**Art. B5 - Esclusioni**, a tenere indenne l'Aderente/Assicurato di quanto egli sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente causati a terzi per decesso, lesioni personali e danneggiamenti a cose e animali, in conseguenza di fatti accidentali verificatisi nell'ambito della vita privata e di relazione.

Ai soli fini della presente garanzia per Aderente/Assicurato si intende:

- l'Aderente/Assicurato, i componenti il suo nucleo familiare e i suoi figli minori anche non conviventi ma a lui temporaneamente affidati;
- gli addetti ai servizi domestici ed i collaboratori familiari in genere, limitatamente ai fatti accidentali accaduti nell'espletamento delle mansioni svolte a favore dell'Aderente/Assicurato e del suo nucleo familiare.

Per quanto attiene alla responsabilità civile derivante dalla proprietà e conduzione di immobili, la garanzia si riferisce **esclusivamente alla dimora abituale e residenza anagrafica dell'Aderente/Assicurato**. La garanzia è prestata nei limiti del massimale di euro 500.000, salvo i casi di incendio, esplosione e scoppio di beni immobili e mobili di proprietà o detenuti dall'Aderente/Assicurato, (c.d. "ricorso terzi" e "rischio locativo") per i quali la garanzia è prestata nei limiti del 50% del massimale indicato in polizza.

Art. B2 - Operatività della garanzia

Nel caso in cui sia operante un'altra assicurazione, quale ad esempio una polizza stipulata dal

condominio per l'intero fabbricato, la garanzia è prestata a "secondo rischio" per l'eccedenza rispetto ai massimali dell'altra assicurazione.

Pur essendo l'assicurazione prestata per una pluralità di Aderenti/Assicurati, il massimale stabilito per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Aderenti/Assicurati fra loro.

Art. B3 - Validità territoriale

La garanzia ha validità territoriale in tutto il mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America e il Canada.

Art. B4 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi:

- gli Aderenti/Assicurati, i genitori ed i figli degli Aderenti/Assicurati e qualsiasi altro parente od affine convivente con gli Aderenti/Assicurati;
- gli addetti ai servizi domestici ed i collaboratori familiari in genere che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, salvo i casi di decesso o di lesioni gravi o gravissime, come definite dall'Art. 583 del Codice Penale, e di rivalsa dell'INAIL per le somme che l'Aderente/Assicurato sia tenuto a pagare a sensi degli Artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive eventuali modifiche;
- le persone che hanno in affidamento temporaneo i figli minori dell'Aderente/Assicurato nonché le persone che hanno in custodia animali degli Aderenti/Assicurati.

Art. B5 - Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i danni:

- derivanti dalla proprietà e conduzione degli immobili diversi dalla dimora abituale e residenza anagrafica dell'Aderente/Assicurato;
- verificatisi in connessione con trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);
- direttamente o indirettamente derivanti da onde elettromagnetiche o campi elettromagnetici e dall'amianto o da prodotti contenenti amianto;
- derivanti da inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;



- e) conseguenti a fatti commessi o agevolati con dolo degli Aderenti/Assicurati;
- f) provocati in stato di ebbrezza o a seguito di assunzione di sostanze stupefacenti;
- g) da circolazione di veicoli o di natanti soggetti ad assicurazione obbligatoria contro la responsabilità civile derivante da detta circolazione, salvo che per le somme dovute a seguito dell'esercizio dell'azione di rivalsa nei confronti dell'Aderente/Assicurato da parte di imprese esercenti tale assicurazione in conseguenza di fatti accidentali provocati da minori, all'insaputa dell'Aderente/Assicurato stesso, di cui egli debba rispondere;
- h) relativi alla proprietà, uso e guida di veicoli e natanti a motore, mezzi di locomozione aerea, deltaplano, paracadute, parapendio e sport aerei in genere;
- i) causati, in qualità di trasportato su veicoli o natanti, al guidatore, agli altri trasportati e al veicolo o natante stesso;
- j) alle cose ed agli animali che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia, oppure detenga o utilizzi a qualsiasi titolo o destinazione;
- k) derivanti da lavori di ampliamento, sopraelevazione, demolizione e manutenzione straordinaria del fabbricato costituente la dimora abituale e residenza anagrafica dell'Aderente/Assicurato, salvo quelli relativi alla sola committenza dei lavori stessi;
- l) derivanti da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- m) derivanti dall'esercizio di qualsiasi attività avente carattere professionale od organizzativo, salvo che per le attività svolte dagli addetti ai servizi domestici e collaboratori familiari in genere;
- n) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- o) conseguenti ad inadempienza di obblighi contrattuali o fiscali;
- p) derivanti da detenzione od impiego di esplosivi;
- q) derivanti dalla violazione di leggi o regolamenti relativi alla proprietà, detenzione o uso di armi;
- r) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- s) provocati dalla pratica di sport comportanti l'uso o l'utilizzo di veicoli e natanti a motore, mezzi di locomozione aerea, deltaplano, paracadute, parapendio e sport aerei in genere.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. B6 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Aderente/Assicurato, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile, deve darne avviso scritto alla Compagnia **entro 5 (cinque) giorni** da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (Art. 1915 del Codice Civile).

Art. B7 - Gestione delle vertenze di danno

La Compagnia assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Aderente/Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Aderente/Assicurato stesso.

Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Aderente/Assicurato, entro il limite di un importo pari a un quarto del massimale indicato in polizza.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Compagnia e Aderente/Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Compagnia non riconosce le spese incontrate dall'Aderente/Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. B8 - Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri

L'Aderente/Assicurato è responsabile verso la Compagnia di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini o degli altri obblighi previsti dalla polizza.

Ove poi risulti che egli abbia agito in connivenza con i danneggiati o ne abbia favorito le pretese, decade dai diritti contrattuali.



SEZIONE C

NORME CHE REGOLANO LA COPERTURA UTENZE PROTETTE

La presente garanzia opera solo per gli Aderenti/Assicurati che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n. 4269006 opzionando, nel Modulo di adesione della polizza Protezione Conto Mediolanum (Mod. MPC1 - Ed. 10-2017 e successivi) ovvero su altra modulistica predisposta dalla Compagnia, la copertura "Perdita di lavoro/Inabilità totale temporanea da infortunio o malattia (Utenze protette)".

Art. C1 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia riconosce agli Aderenti/Assicurati l'indennizzo mensile previsto per i seguenti eventi assicurati:

- per i lavoratori dipendenti, la Perdita di lavoro;
- per i lavoratori autonomi, l'Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia che determini l'impossibilità a svolgere l'attività lavorativa.

La copertura è valida esclusivamente per le persone fisiche appartenenti alle categorie sopracitate.

I casi diversi determinano la risoluzione del contratto o la esclusione della garanzia, di cui alla presente sezione C, laddove ve ne siano altre nel medesimo contratto sottoscritte, ed il rimborso del premio per l'annualità in corso, al netto delle imposte.

Art. C2 - Limiti di età dell'Aderente/Assicurato

L'assicurazione vale **per persone di età non superiore a 65 anni.**

Qualora l'Aderente/Assicurato raggiunga il limite di età sopra indicato nel corso dell'annualità assicurativa, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 65° anno e cesserà anche l'addebito del relativo premio. Resta inteso che qualora quella della presente sezione fosse l'unica sottoscritta ne consegue la risoluzione del contratto stesso.

L'eventuale incasso dei premi da parte della Compagnia scaduti successivamente al compimento dell'età sopraindicata ne comporterà la restituzione all'Aderente/Assicurato.

Art. C3 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili:

- le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); sieropositività da HIV;
 - le persone affette da sindromi organiche cerebrali.
- L'assicurazione cessa automaticamente con il manifestarsi di tali affezioni.

Art. C4 - Validità territoriale

La presente assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Gli indennizzi spettanti a termini di polizza verranno pagati in Italia in valuta corrente.

GARANZIE PRESTATE

Art. C5 - Copertura assicurativa per la Perdita di lavoro

La copertura assicurativa in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento del sinistro, **l'Aderente/Assicurato sia Lavoratore Dipendente con contratto di diritto italiano comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.**

In caso di Perdita di lavoro la Compagnia corrisponderà l'indennizzo, di cui al successivo Art. C6, qualora:

- la data di invio all'Aderente/Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 del 180esimo giorno successivo alla data di effetto (periodo di carenza);
- il periodo di disoccupazione sia di durata pari o superiore a 30 giorni consecutivi (franchigia assoluta);
- il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui all'Art. C7.

Art. C6 - Indennizzo per il caso di Perdita di lavoro

In caso di Perdita di lavoro dell'Aderente/Assicurato, la Compagnia corrisponderà allo stesso, un indennizzo mensile commisurato alla media mensile, rilevata nei 12 mesi precedenti la denuncia di sinistro, degli addebiti relativi alle utenze domiciliate sul conto corrente oggetto della copertura assicurativa, di seguito elencate:



- Acqua;
- Elettricità;
- Gas;
- Pay Tv;
- Telefonia;
- Telepass.

L'indennizzo mensile massimo liquidabile è di euro 400 e per un periodo massimo di 9 mesi (270 giorni) per sinistro.

Nel caso in cui al momento della denuncia di un sinistro indennizzabile a termini di polizza non risultino utenze domiciliate o non fosse possibile effettuare il calcolo dell'indennizzo liquidabile, la Compagnia corrisponderà un ammontare di euro 50 mensili.

In seguito alla liquidazione definitiva di un sinistro relativo alla garanzia Perdita di lavoro, prima di poter avere diritto ad un eventuale ulteriore indennizzo per Perdita di lavoro, l'Aderente/Assicurato dovrà essere stato nuovamente assunto **ed avere prestato servizio come Lavoratore Dipendente**, 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.**

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

Esempio di calcolo per l'indennizzo:

- per un periodo di disoccupazione pari a 30 giorni, nessun indennizzo liquidabile;
- per un periodo di disoccupazione pari a 31 giorni, una mensilità di indennizzo liquidabile;
- per un periodo di disoccupazione pari a 61 giorni, due mensilità di indennizzo liquidabile.

Art. C7 - Esclusioni per la copertura Perdita di lavoro

Nessun indennizzo è dovuto dalla Compagnia **per il caso di Perdita di lavoro se, al momento del Sinistro:**

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

oppure

- **l'Aderente/Assicurato abbia diritto a**

percepire, con riferimento allo stesso periodo di tempo, importi a titolo di indennizzo per la garanzia Inabilità totale temporanea.

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

- a) l'Aderente/Assicurato, alla data di effetto, fosse a conoscenza della prossima Perdita di lavoro o comunque gli fossero note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b) la Perdita di lavoro sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o per carcerazione del dipendente;
- c) la Perdita di lavoro sia conseguenza di Pensionamento o Pre-pensionamento;
- d) la Perdita di lavoro sia conseguenza della scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente;
- e) l'Aderente/Assicurato abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- f) l'Aderente/Assicurato non si sia iscritto presso il Centro per l'impiego (ufficio di collocamento o equivalente);
- g) l'Aderente/Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- h) l'Aderente/Assicurato, al momento dell'evento, sia in periodo di prova;
- i) la Perdita di lavoro sia avvenuta nel Periodo di Carenza di cui all'Art. C5 comma a);
- j) il periodo di disoccupazione sia inferiore a 30 giorni consecutivi (Franchigia).

Art. C8 - Copertura assicurativa per l'Inabilità totale temporanea da infortunio o malattia

La copertura assicurativa in oggetto è operante esclusivamente nel caso in cui, al momento del sinistro, **l'Aderente/Assicurato sia Lavoratore Autonomo.**

In caso di Inabilità totale temporanea dell'Aderente/Assicurato, durante l'efficacia della copertura assicurativa, conseguente a malattia o a infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponderà all'Aderente/Assicurato l'indennizzo, di cui al successivo Art. C9, qualora:

- a) la malattia che ha determinato l'Inabilità totale temporanea sia insorta e si sia manifestata successivamente alla data di effetto della copertura



- assicurativa e sia trascorso il Periodo di carenza (30 giorni dalla data di effetto);
- b) l'infortunio che ha determinato l'Inabilità totale temporanea sia avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura assicurativa;
 - c) il periodo di inabilità temporanea totale sia di durata pari o superiore a 16 giorni consecutivi (franchigia assoluta);
 - d) il Sinistro non rientri nelle esclusioni all'Art. C10.

Art. C9 - Indennizzo per il caso di Inabilità totale temporanea da infortunio o malattia

In caso di Inabilità totale temporanea dell'Aderente/Assicurato, la Compagnia corrisponderà allo stesso un indennizzo pari alla media mensile, rilevata nei 12 mesi precedenti la denuncia di sinistro, degli addebiti relativi alle utenze domiciliate sul conto corrente oggetto della copertura assicurativa, e di seguito elencate:

- Acqua;
- Elettricità;
- Gas;
- Pay Tv;
- Telefonia;
- Telepass.

L'indennizzo mensile massimo liquidabile è di euro 400 per un periodo massimo di 9 mesi (270 giorni) per anno assicurativo.

Si precisa inoltre che nel caso in cui al momento della denuncia di un sinistro indennizzabile a termini di polizza non risultassero utenze domiciliate o non fosse possibile effettuare il calcolo dell'indennizzo liquidabile la Compagnia corrisponderà un ammontare di euro 50 mensili.

Esempio di calcolo per l'indennizzo:

- per un'inabilità temporanea totale pari a 15 giorni, nessun indennizzo liquidabile;
- per un'inabilità temporanea totale pari a 16 giorni, una mensilità di indennizzo liquidabile;
- per un'inabilità temporanea totale pari a 30 giorni, una mensilità di indennizzo liquidabile;
- per un'inabilità temporanea totale pari a 31 giorni, due mensilità di indennizzo liquidabile.

Art. C10 - Esclusioni per il caso di Inabilità totale temporanea

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie insorte anteriormente alla data di effetto dell'assicurazione;
- b) le conseguenze di infortuni, le malattie ed ogni

- c) gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento dell'infortunio, i requisiti per il rinnovo;
- d) gli infortuni conseguenti ad intossicazione acuta causata da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci) nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcol e/o di sostanze psicotrope;
- e) i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato (Art. 43 del Codice Penale) e gli atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché gli atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);
- f) le conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche nonché le conseguenze di tumulti popolari cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) gli infortuni e le malattie causati 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);
- h) i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto della polizza 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 imputabili al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- l) le malattie e le invalidità derivanti da contaminazione biologica e/o chimica;
- m) gli infortuni e/o le malattie conseguenti ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali;
- n) gli infortuni e/o le malattie derivanti dalla pratica (allenamenti, competizioni, gare) di sport;



1. costituenti per l'Aderente/Assicurato attività professionale (o che comunque comportino una remunerazione diretta);
 2. comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, salvo che si tratti di raduni automobilistici e/o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;
 3. comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;
 4. quali pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, free climbing, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, speleologia, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, bungee jumping, torrentismo, motocross, trial, hydrospeed, canyoning, freestyle ski, supermotard;
- o) gli infortuni subiti dall'Aderente/Assicurato su aeromobili di Compagnia/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub. Gli infortuni occorsi alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. C11 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Aderente/Assicurato

In caso di sinistro, l'Aderente/Assicurato, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile, deve darne avviso scritto alla Compagnia **entro 5 (cinque) giorni** da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

La denuncia dovrà contenere il referto di pronto soccorso e le altre documentazioni mediche inerenti, compresa l'eventuale cartella clinica.

L'Aderente/Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre ogni altra documentazione sanitaria richiesta, a tal fine sciogliendo il medico dal segreto professionale.

Per la denuncia del Sinistro alla Compagnia, l'Aderente/Assicurato potrà utilizzare la modulistica allegata al presente fascicolo informativo.

La Compagnia, ricevuta la documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'Indennizzo dovuto.



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%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	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-torsica 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.

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 1° piano, Via F. Sforza 15, 20080 Basiglio (MI);
- Fax: n. 02.9045.1308;
- Mail: sire@mediolanum.it;
- Tramite il proprio Family Banker.

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

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

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

Per facilitare queste piccole incombenze, viene qui fornito un fac-simile "modulo di denuncia Sinistro", da spedire con urgenza per raccomandata, quanto più possibile chiaro e preciso nel contenuto.

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

Sinistro per la sezione A - Decesso, invalidità permanente e rimborso spese mediche da infortunio

- a) Certificati medici (certificato pronto soccorso, cartella clinica, lastre, esami, ecc.);
- b) copia di un documento d'identità;
- c) certificato di morte;
- d) dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
- e) certificato autoptico;
- f) fatture e ricevute fiscali a seguito di rimborso spese mediche.

Sinistro per la sezione B - Responsabilità Civile Capofamiglia

- a) Stato di Famiglia;
- b) nominativo e indirizzo di testimoni presenti al fatto;
- c) dati della controparte;
- d) richiesta di risarcimento (scritta) pervenuta dalla controparte;
- e) dichiarazione di non avere legami di parentela con la controparte, o l'eventuale grado di parentela;
- f) eventuale ulteriore documentazione del danno al bene danneggiato (fattura di acquisto/riparazione, scontrino fiscale, fotografie, ecc.).

Sinistro per la sezione C - Perdita di lavoro

Perdita di lavoro

- a) 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 6 cedolini (busta paga);
- i) copia di un documento d'identità.

Inabilità temporanea da infortunio o malattia

- a) Certificati medici (certificato pronto soccorso, cartella clinica, lastre, esami, ecc.);
- b) copia di un documento d'identità.

FAC SIMILE – MODULO DENUNCIA SINISTRO

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

RACCOMANDATA

.....

Oggetto: denuncia di Sinistro relativo a Convenzione Protezione Conto Mediolanum n. 982-52 - 4269006
Conto corrente n°

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

ADERENTE/ASSICURATO

COGNOME E NOME: _____

CODICE CLIENTE: _____

Il Sinistro è stato cagionato da:

- INFORTUNIO
- MALATTIA
- DANNI A TERZI
- ALTRO
-

E ha comportato:

- INVALIDITÀ PERMANENTE
- MORTE
- SPESE MEDICHE
- RICHESTA DI RISARCIMENTO
- PERDITA DI LAVORO
- INABILITÀ TEMPORANEA

DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

Il Sinistro è avvenuto il in località

Con le seguenti modalità

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

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via F. Sforza, 20080 Basiglio (MI) - Capitale sociale Euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale, Partita IVA, Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22.08.74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società con unico Socio - mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it - www.mediolanumassicurazioni.it



MODULO DI ADESIONE

alla Polizza Collettiva n. 4269006 "Protezione Conto Mediolanum" tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ c/c Banca Mediolanum nr. _____

c/c Banca Mediolanum in apertura

Agevolazioni

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

1° Aderente/Assicurando (coincidente con il primo intestatario di conto corrente)

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE (obbligatorio) _____ CODICE CLIENTE _____

2° Aderente/Assicurando (coincidente con il secondo intestatario di conto corrente, ove previsto)

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE (obbligatorio) _____ CODICE CLIENTE _____

PROTEZIONE CONTO MEDIOLANUM (ADESIONE RISERVATA AI CLIENTI INTESATARI DEI CONTI CORRENTI DELLA GAMMA MEDIOLANUM CHE PREVEDONO L'ABBINAMENTO A TALE COPERTURA ASSICURATIVA)

L'Aderente/Assicurando 1, _____, 1° Intestatario del c/ c - Codice Cliente _____

L'Aderente/Assicurando 2, _____, 2° Intestatario del c/ c - Codice Cliente _____

dopo aver ricevuto su supporto cartaceo, letto e accettato il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e il presente Modulo di Adesione, dichiaro/no di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4269006 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A., scegliendo la combinazione della copertura assicurativa (con relativo premio annuo lordo) sotto contrassegnata/e.

Dichiara/no inoltre di essere a conoscenza della possibilità di poter richiedere accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione della mia posizione assicurativa.

Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando _____

Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto) _____

SEZIONE A: INFORTUNI		Premio annuo lordo 1° Intestatario conto corrente	Premio annuo lordo 2° Intestatario conto corrente
Garanzie	Massimali annui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidità permanente	100.000 €		
Decesso	75.000 €	€ 114	€ 114
Rimborso spese mediche	5.000 €		
SEZIONE B: RESPONSABILITA' CIVILE CAPOFAMIGLIA		Premio annuo lordo 1° Intestatario conto corrente	
Garanzie	Massimali annui	<input type="checkbox"/>	
RC verso terzi	500.000 €	€ 66	
SEZIONE C: UTENZE PROTETTE		Premio annuo lordo 1° Intestatario conto corrente	Premio annuo lordo 2° Intestatario conto corrente
Garanzie	Massimali annui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita di lavoro (lavoratori dipendenti)	3.600 €		
Inabilità totale temporanea (lavoratori autonomi)	3.600 €	€ 30	€ 30

Dichiara/no inoltre di essere a conoscenza del fatto che:

- nel caso di sottoscrizione della copertura R.C. Capofamiglia la copertura sarà operativa esclusivamente sul 1° intestatario ed estesa al nucleo familiare dello stesso 1° intestatario come da stato di famiglia risultante al momento del sinistro;
- nel caso di sottoscrizione della copertura protezione "Infortunati" e/o "Utenze Protette" la copertura sarà operativa - al 100% sul 1° intestatario nel caso di adesione e sottoscrizione del solo 1° intestatario

- al 100% sul 2° intestatario nel caso di adesione e sottoscrizione del solo 2° intestatario
- al 100% su entrambi gli intestatari nel caso di adesione e sottoscrizione da parte di entrambi gli intestatari.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del 15° giorno del mese successivo:

- al perfezionamento del contratto di conto corrente sopra indicato, se sottoscritta contestualmente all'apertura dello stesso; ovvero
- all'addebito del conto corrente sopra indicato se sottoscritta successivamente all'apertura dello stesso.

Tale copertura assicurativa sarà valida sino alle ore 24.00 del 31/12 del medesimo anno ("Primo Periodo di Copertura").

Successivamente alla prima scadenza contrattuale, la copertura assicurativa si rinnoverà tacitamente di anno in anno per una durata coincidente con l'anno solare salvo disdetta, da parte della Banca o del Cliente/Assicurato, da comunicarsi entro 30 giorni dalla relativa decorrenza annuale con lettera raccomandata A/R ovvero tramite apposito modulo predisposto dalla Compagnia.

Il premio sarà corrisposto in via anticipata, tramite addebito diretto a valere sul conto corrente di Banca Mediolanum indicato nell'intestazione del presente modulo:

- per il Primo Periodo di Copertura, il giorno 10 del mese (se festivo, il giorno lavorativo precedente) di decorrenza della copertura medesima. Relativamente a tale periodo il premio sarà calcolato in misura proporzionale alla durata dello stesso;
- per i rinnovi annuali, il giorno 20 (se festivo, il giorno lavorativo precedente) del mese precedente la decorrenza della copertura assicurativa.

A tal fine, in quanto intestatario/i e/o cointestatario/i del conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A. ed indicato nell'intestazione del presente modulo, autorizza/no la Contraente a trasferire a favore di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. un importo pari al premio lordo alla firma sopra indicato. Autorizzo/iamo altresì, per tutta la durata del contratto, l'addebito del premio di polizza sul medesimo conto corrente ad ogni ricorrenza annuale della polizza medesima.



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

Ai fini del pagamento del premio il Cliente ha l'onere di garantire la necessaria provvista (che deve intendersi già entrata nella piena disponibilità del Cliente) sul conto corrente di addebito nei termini perentori sopra indicati. Non saranno pertanto considerati i versamenti per i quali, ancorché contabilizzati, non risulta ancora maturato il buon fine.

Nell'ipotesi in cui l'Aderente/Assicurando, coincidente con l'intestatario del rapporto di conto corrente sopra indicato, richieda l'estinzione dello stesso o il passaggio ad altra convenzione che non preveda il servizio di copertura assicurativa facoltativa, la stessa cesserà automaticamente alle ore 24.00 del 31/12 successivo alla data di estinzione/variazione del conto corrente.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto), dichiara/no di aver ricevuto copia del documento ex art. 49 del Reg. ISVAP 5/2006 riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti e copia della dichiarazione ex art. 49 del Reg. ISVAP 5/2006, contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività svolta, completata in ogni sua parte dall'intermediario.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto), dichiara/no infine di essere a conoscenza del fatto che Banca Mediolanum S.p.A., in qualità di Soggetto Distributore, agisce in conflitto di interessi in quanto controllante di Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto), con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, dichiara/no di essere, alla data odierna, in buono stato di salute e di non essere affetto/i da alcuna patologia.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto), dichiara/no di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003.

In quanto utente del servizio di Banca Diretta per via telematica, dichiaro di accettare che tutte le comunicazioni relative al presente Contratto, siano, in tutti i casi consentiti dalla normativa vigente o previste nel Contratto, effettuate esclusivamente mediante comunicazioni telematiche nell'area riservata sul sito internet della Banca stessa. Qualora dovessi cessare di essere utente del servizio di cui sopra, l'informativa sarà inviata, comunque in formato elettronico, all'indirizzo e-mail da me comunicato alla Banca anche mediante invio dell'apposita Scheda anagrafica. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato. In mancanza di comunicazione dell'indirizzo e-mail, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me indicato.

A tal fine:

- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che né la Società né la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza a manutenzione del servizio, nonché per ragioni cautelari;
- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea;
- dichiaro di essere stato informato che è mio diritto chiedere in qualunque momento alla Banca di inviarmi le comunicazioni sopra richiamate esclusivamente in via cartacea.



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

L'Aderente/Assicurato dichiara/no di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare:

- gli artt. G2 "Effetto, scadenza, proroga, disdetta e cessazione della copertura assicurativa"; G3 "Pagamento del premio"; A3 e C2 "Limiti di età dell'Assicurato"; A4 e C3 "Persone non assicurabili"; A6 e B5 "Esclusioni"; A13 "Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato"; A14 "Criteri di indennizzabilità"; C6 (Indennizzo per il caso di perdita del lavoro); C7 (Esclusioni per la copertura Perdita di lavoro); C9 (Indennizzo per il caso di inabilità totale temporanea); C10 (Esclusioni per il caso di inabilità totale temporanea) delle Condizioni di Assicurazione della polizza Protezione Conto Mediolanum



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

RICHIESTA INVIO COMUNICAZIONE ESCLUSIVAMENTE TRAMITE CORRISPONDENZA CARTACEA

(selezionare la casella se si intende richiedere l'invio della corrispondenza esclusivamente per via cartacea)

- Premesso che sono stato informato che, in quanto utente del servizio di Banca Diretta per via telematica offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., tutte le comunicazioni siano, in tutti i casi consentiti dalla normativa vigente, effettuate esclusivamente mediante comunicazioni telematiche ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, per il tramite della Banca stessa, CHIEDO, in deroga a quanto precede, di ricevere le suddette comunicazioni in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza già censito e noto.

INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE AL PRESENTE CONTRATTO

Per quale motivo desidera aderire alla presente polizza convenzione?

- garantire, a seguito di infortunio, un capitale ai beneficiari in caso di decesso, un indennizzo in caso di invalidità permanente o il rimborso delle spese mediche sostenute;
- attivare una garanzia di Responsabilità Civile in modo da proteggere il mio patrimonio in caso di richieste di risarcimento per danni involontariamente cagionati a terzi;
- garantire un indennizzo mensile a copertura delle spese per utenze addebitate sul conto corrente in caso di perdita di lavoro (se lavoratore dipendente) o inabilità totale temporanea (se lavoratore autonomo).

Quale tipologia di rimborso desidererebbe fosse liquidato in caso di sinistro?

- capitale rimborso spese mediche indennizzo mensile



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI NON SI INTENDA FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE:

Dichiaro di non voler rispondere alle domande relative alle aspettative in relazione alla polizza alla quale si intende aderire con la presente sottoscrizione, pur comprendendo che ciò non permette una piena valutazione dell'adeguatezza e congruità del contratto con le mie esigenze assicurative.



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI SI INTENDA COMUNQUE SOTTOSCRIVERE IL CONTRATTO NONOSTANTE VI SIA UNA VALUTAZIONE DI INADEGUATEZZA:

Dichiaro di essere stato informato dall'Incaricato dell'Intermediario Assicurativo che - sulla base delle "Informazioni sulle aspettative in relazione al presente contratto" e di eventuali altre informazioni disponibili - la presente adesione non risulterebbe per me adeguata e congrua in relazione:

- alla mia esigenza primaria
- alla tipologia di rimborso desiderato

Al riguardo dichiaro di voler comunque sottoscrivere il contratto.



Firma del 1° Intestatario/Aderente/Assicurando



Firma dell'Incaricato



Firma del 2° Intestatario/Aderente/Assicurando (ove previsto)

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

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

Firma

Codice

Codice Area

Sigla Operatore

DICHIARAZIONE

(ex art. 49 regolamento ISVAP 5/2006 e successive modifiche ed integrazioni)

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente/aderente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente/aderente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente/aderente.

Il sottoscritto..... iscritto nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi in data/...../..... Sezione E nr..... recapito telefonico indirizzo e-mail, svolge l'attività di intermediazione assicurativa in qualità di incaricato di Banca Mediolanum S.p.A., iscritta nella Sezione D del predetto Registro nr. 000027132, capogruppo del Gruppo Bancario Mediolanum, con Sede Legale in Basiglio (MI), Palazzo Meucci, Via Francesco Sforza, Iscrizione Registro Imprese n. 02124090164, P. IVA 10698820155, Capitale sociale 600.146.295,70 euro interamente versato, indirizzo e-mail info@mediolanum.it, indirizzo p.e.c. bancamediolanum@pec.mediolanum.it. Il prodotto oggetto della presente offerta è emesso da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (indirizzo p.e.c. mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it), società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritta al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

L'attività svolta è soggetta al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) quale Autorità competente alla vigilanza.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Il sottoscritto non è detentore di alcuna partecipazione diretta o indiretta del capitale sociale né dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione. Banca Mediolanum S.p.A., società controllante di Mediolanum Vita S.p.A., Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e Mediolanum International Life dac, è detentrica di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale e dei diritti di voto delle stesse. Il capitale sociale e i diritti di voto di Banca Mediolanum S.p.A. non sono detenuti da ulteriori imprese di assicurazione o controllanti di imprese di assicurazione.

Il sottoscritto, in virtù di obblighi contrattuali, è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di Mediolanum Vita S.p.A., Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e Mediolanum International Life dac, nonché di Cardiff Assurance Vie S.A./Cardif Assurance Risques Divers S.A., Old Mutual Wealth Italy S.p.A. e Lombard Assurance S.A..

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente/aderente

Il contraente/aderente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria:

- di inoltrare a Mediolanum Assicurazioni S.p.A., gli eventuali reclami aventi a oggetto la gestione del rapporto contrattuale (relativi, ad esempio, ai contenuti della documentazione informativa, all'attribuzione di responsabilità, all'effettività della prestazione, alla quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- di inoltrare a Banca Mediolanum S.p.A. gli eventuali reclami attinenti al comportamento della Banca in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza.

Stante quanto sopra, i reclami potranno essere trasmessi ai rispettivi Uffici Reclami di: Mediolanum Assicurazioni S.p.A. o Banca Mediolanum S.p.A., via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it.

Resta inteso che i reclami indirizzati alla Compagnia, ma aventi ad oggetto il comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., nonché i reclami indirizzati alla Banca, ma aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza, saranno prontamente e rispettivamente inoltrati dalla Compagnia alla Banca o viceversa, che provvederanno a rispondere ciascuna per quanto di propria competenza nel termine massimo di 45 giorni, dandone contestuale notizia al reclamante. In tale caso, i termini di riscontro decorreranno dalla data di ricezione del reclamo presso la Società ritenuta competente ai sensi della normativa vigente.

Nel caso in cui il contraente/aderente non dovesse ritenersi soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia o dell'Intermediario entro il termine sopra indicato, può rivolgersi all'IVASS e, nello specifico rispettivamente al Servizio Tutela del Consumatore o al Servizio Vigilanza Intermediari, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n. 06/42133206, P.e.c. ivass@pec.ivass.it, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato.

Resta in ogni caso salva la facoltà del contraente/aderente di ricorrere all'istituto della mediazione civile come disciplinato dal D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità giudiziaria.

Data

**COMUNICAZIONE INFORMATIVA
SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI
INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI/ADERENTI
(ex art. 49 regolamento ISVAP 5/2006 e successive modifiche e integrazioni)**

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e del regolamento ISVAP n. 05/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, consegnano/trasmettono al contraente/aderente copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente/aderente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente/aderente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente/aderente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente/aderente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente/aderente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente/aderente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano/trasmettono al contraente/aderente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente/aderente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'impresa di assicurazione.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

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

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

È un prodotto di

**mediolanum**
ASSICURAZIONI