

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI:

- INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
- PERDITA DI LAVORO
- GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

TaxBenefit New Protection

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 al contratto di assicurazione "TaxBenefit New Protection" convenzione n° 982/52/4470003.

AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

È un prodotto di





NOTA INFORMATIVA

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

- Sede Legale: Via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 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;
- la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 14.144.837,00.

A seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi ratio patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement Ratio calcolato sulla base dei dati ad oggi disponibili è pari a 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 esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza (un anno e 99,5%).

AVVERTENZA: gli eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno resi disponibili sul sito internet www.mediolanumassicurazioni.it a far data dal 31 maggio di ogni anno.

B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

AVVERTENZA: indipendentemente dalla durata dell'assicurazione, le Parti possono recedere dalla stessa annualmente, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima di ogni scadenza annuale.

In assenza di disdetta inviata dalle Parti almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale, il Contratto si rinnoverà tacitamente di anno in anno, fermo restando che cesserà, senza obbligo di disdetta tra le parti, alle ore 24.00 del decimo anno successivo alla data di effetto della Copertura Assicurativa. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La Polizza-Convenzione garantisce all'Aderente/Assicurato - quale sottoscrittore del Piano Individuale Pensionistico,

stipulato dallo stesso con Mediolanum Vita S.p.A., denominato TaxBenefit New - le prestazioni di seguito illustrate (vedi Condizioni di Assicurazione - Art. 2).

- **Sezione A:** in caso di *Invalità Permanente* da *Infortunio* o *Malattia* almeno di grado 66%, un *Indennizzo* pari alla somma assicurata prescelta (vedi Condizioni di Assicurazione - Artt. 21-25).
Per lavoratori dipendenti (contratto privato italiano - tempo indeterminato - almeno 16 ore settimanali):
- **Sezione B:** in caso di *Perdita di lavoro* per almeno 60 (sessanta) giorni consecutivi, un *Indennizzo* di € 13,33 per ogni giorno di *Disoccupazione* con il massimo di 360 giorni per ciascun evento e di € 1.080,00 per l'intera durata contrattuale (vedi Condizioni di Assicurazione - Artt. 26-29);
oppure, per altri tipi di lavoratori e per non lavoratori:
- **Sezione C:** in caso di *Grande Intervento Chirurgico*, un *Indennizzo* di € 4.800,00 con il massimo di € 14.400,00 per l'intera durata contrattuale; i grandi interventi indennizzabili sono quelli riportati nell'apposito elenco allegato (vedi Condizioni di Assicurazione - Artt. 30-32).
- **Sezione D:** servizi di assistenza domiciliare integrata, forniti in collaborazione con Europe Assistance Service S.p.A., in caso di necessità di "primo aiuto" o di riabilitazione conseguenti a ricovero per *Infortunio* o *Malattia* (vedi Condizioni di Assicurazione - Artt. 33-34).

AVVERTENZA: il *Contratto* prevede limitazioni ed esclusioni alla *Copertura Assicurativa* che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'*Indennizzo*; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 2, 3, 20, 28, 32 e 34 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. 21, 22, 25, 26, 30, 33 delle Condizioni di Assicurazione.

Per *Franchigia* si intende la parte di danno che resta a carico dell'*Aderente/Assicurato*. Può essere espressa in cifra fissa o in percentuale. Per la garanzia *Invalità Permanente*, sia da *Infortunio* che da *Malattia*, è applicata una *Franchigia* pari al 66%. Pertanto non verrà riconosciuto alcun *Indennizzo* per invalidità permanenti da *Infortunio* o *Malattia* di grado inferiore al 66%.

Per *Franchigia Relativa* si intende il periodo di tempo, a partire dalla data dell'evento, superato il quale la *Compagnia* indennizza il *Sinistro*, retroattivamente, a partire dalla data dell'evento. Per la garanzia "*Perdita di lavoro*" è applicata una *Franchigia Relativa* pari a 60 (sessanta) giorni. Pertanto non verrà riconosciuto alcun *Indennizzo* per periodi di *Disoccupazione* inferiori a 60 (sessanta) giorni.

Esempio

Grado invalidità permanente accertato	Somma assicurata	<i>Indennizzo corrisposto</i>
60%	€ 60.000,00	€ 0,00
60%	€ 60.000,00	€ 60.000,00

Esempio

Capitale assicurato pari alla somma dei versamenti programmati	<i>Massimale</i>	<i>Indennizzo</i>
€ 120.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00
€ 90.000,00	€ 100.000,00	€ 90.000,00

AVVERTENZA: la *Polizza-Convenzione* vale per persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 65. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 3 lettera c) delle Condizioni di Assicurazione.

Le persone fisiche di età uguale o superiore ai 45 anni sono assicurabili a condizione che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: la *Polizza-Convenzione* prevede alcuni periodi di *Carenza*:

- 60 giorni dalla data di effetto per la garanzia *Invalità Permanente* totale da *Malattia* (Artt. 22 e 25);
- 180 giorni dalla data di effetto per la garanzia *Perdita di lavoro* (Art. 26);
- 180 giorni dalla data di effetto per la garanzia *Grande Intervento Chirurgico* reso necessario a seguito di *Malattia* insorta successivamente alla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa* (Art. 30).

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

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'*Aderente/Assicurato*, su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo* e la cessazione della *Copertura Assicurativa*.

Esempio: il sottacere di una *Malattia* per una persona di età superiore a 45 anni comporterà la perdita totale dell'*Indennizzo*. Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. 1 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 variazioni 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. 2 e 20 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*.

Per la determinazione del *Premio* e della *Prestazione* assicurata non si è tenuto conto della professione esercitata, pertanto l'*Aderente/Assicurato* è esonerato dal comunicare alla *Compagnia* l'eventuale variazione. L'*Aderente/Assicurato* al momento della sottoscrizione del *Contratto* non è affetto da tossicodipendenza. Se nel corso del *Contratto* ne viene affetto ed omette di darne comunicazione, al momento del *Sinistro* la *Compagnia* applicherà quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

7. Premi

Il pagamento dei premi avviene con periodicità annuale.

Il pagamento del *Premio* avviene mediante addebito diretto per tutta la durata del *Contratto* su un conto corrente intrattenuto dall'*Aderente/Assicurato* presso la *Contraente* Banca Mediolanum S.p.A..

Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. 7 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 (*l'Intermediario*), quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul *Premio* previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/ iniziative di carattere commerciale.

8. Adeguamento del *Premio* e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: dopo ogni *Sinistro* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*Indennizzo* è facoltà delle *Parti* recedere o dalla singola applicazione colpita da *Sinistro* o dall'intera *Polizza-Convenzione*, ferma la *Copertura Assicurativa* per le applicazioni in essere al momento della disdetta stessa, con preavviso di 30 (trenta) giorni da comunicarsi all'altra parte per lettera raccomandata. In ogni caso indipendentemente dalla durata del *Contratto*, le *Parti* potranno recedere annualmente dallo stesso dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. 5 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* 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

12.1 Imposta sui premi

Ai premi per le garanzie *Infortunio* e *Malattia* nonché rischio di impiego è applicata un'imposta del 2,5%.

12.2 Detrazione dei premi versati

Alla data di predisposizione del presente *Fascicolo Informativo* la normativa fiscale (Art.15, lett. f), DPR 22/12/86, n.917 e successive modifiche) consente all'*Aderente/Assicurato* di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto esclusivo i rischi di morte o di *Invalidità Permanente* superiore al 5% 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.

12.3 Tassazione della prestazione erogata

Le somme corrisposte al verificarsi delle prestazioni assicurate sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone Fisiche (IRPEF) e dall'imposta sulle successioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - *Liquidazione dell'Indennizzo*

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

In caso di *Sinistro*, l'*Aderente/Assicurato* devono darne comunicazione alla *Compagnia*.

La comunicazione alla *Compagnia* dovrà essere inviata al più presto e comunque entro e non oltre 20 (venti) giorni dalla data di accadimento del *Sinistro*. Per la denuncia del *Sinistro* alla *Compagnia* l'*Aderente/Assicurato* potranno utilizzare la modulistica allegata al presente *Fascicolo Informativo*, si rimanda per i dettagli agli Artt. 10 e 35 delle Condizioni di Assicurazione, così come si rimanda ai successivi Artt. 23, 24, 27 e 31 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 (quarantacinque) giorni dal loro ricevimento. Pertanto per la gestione dei reclami di propria competenza, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, e dell'archivio reclami, la *Compagnia* si è dotata di una specifica funzione aziendale (l'"Ufficio Reclami") e ne garantisce l'imparzialità di giudizio mediante un'appropriata collocazione organizzativa e idonee procedure tese ad evitare conflitti con le strutture o i soggetti il cui comportamento è oggetto di *Reclamo*.

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

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

Con riferimento ai reclami attinenti al comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., in qualità di *Intermediario*, che promuove e distribuisce la presente *Polizza-Convenzione* - 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 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Resta inteso che gli eventuali reclami indirizzati alla *Compagnia*, ma aventi ad oggetto il comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., nonché i reclami indirizzati alla Banca, ma aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale in qualità di *Intermediario* che promuove e distribuisce la presente *Polizza-Convenzione*, saranno

prontamente e rispettivamente inoltrati dalla *Compagnia* alla Banca o viceversa, che provvederanno a rispondere ciascuna per quanto di propria competenza nel rispetto delle tempistiche sopra indicate, dandone contestuale notizia al *Reclamante*. In tale caso, i termini di riscontro decorreranno dalla data di ricezione del *Reclamo* presso la Società ritenuta competente ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del *Reclamo*, nella risposta al *Reclamante*, le imprese forniscono una chiara spiegazione della propria posizione e lo informano in merito alla possibilità, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, di rivolgersi all'IVASS o ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, specificandone le modalità. Pertanto, qualora il *Reclamante* non si ritenga soddisfatto dall'esito del *Reclamo* o in caso di assenza di riscontro, da parte della *Compagnia* o dell'*Intermediario*, nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al *Reclamo* trattato dalla *Compagnia*. I reclami indirizzati all'IVASS sono predisposti utilizzando l'apposito modello disponibile sul sito dell'IVASS medesima e comunque devono contenere:

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

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

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

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

15. Arbitrato

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

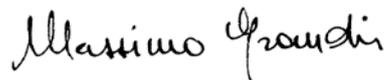
Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Aderente/Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*Infortunio* o della *Malattia*, ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*. L'*Aderente/Assicurato* deve trasmettere la documentazione completa relativa al *Sinistro* prima dell'inizio dell'arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'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.

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 che, sottoscrivendo il *Modulo di Adesione* (Mod. TBNP ed. 05/2017 e successivi), e a favore della quale vengono prestate le coperture assicurative oggetto della *Polizza-Convenzione* stipulata dalla *Contraente* con la *Compagnia*.

Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'*Aderente/Assicurato*, risultante immediatamente prima del *Sinistro*.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Atto terroristico: atto che comprende ma che non sia limitato all'uso della forza o della violenza e/o dalla minaccia di queste, realizzato da parte di una persona o da un gruppo di persone, sia che agiscono singolarmente o per conto od in connessione con organizzazioni o governi, commesso a scopo politico, religioso, ideologico o etnico ed avente la volontà di influenzare i governi o di incutere paura nella popolazione od in parte di essa.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla *Data di Decorrenza* durante il quale le coperture assicurative non sono operanti. Qualora il *Sinistro* avvenga in tale periodo, la *Compagnia* non corrisponde l'*Indennizzo*.

Centrale di Telemedicina: è l'unità della *Struttura Organizzativa*, costituita da medici ed operatori ed in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione ed all'erogazione del secondo parere medico.

Centro di eccellenza: Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.

Centro medico di riferimento: le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la *Struttura Organizzativa* che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

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 (o Intermediario): Banca Mediolanum S.p.A., che stipula la *Polizza-Convenzione*, n° 982/52/4470003, per conto dei clienti che sottoscrivono o hanno sottoscritto, tramite la propria rete di distribuzione, il Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New".

Copertura Assicurativa: rappresenta la garanzia assicurativa prestata all'*Aderente/Assicurato* dalla *Compagnia* che, ai sensi delle condizioni specifiche della *Polizza-Convenzione*, si obbliga al pagamento dell'*Indennizzo* in caso di *Sinistro*.

Data Decorrenza: (o Data di effetto della *Copertura Assicurativa*): per coloro che aderiscono a TaxBenefit New Protection contestualmente al *Piano Individuale Pensionistico "TaxBenefit New"* di Mediolanum Vita S.p.A., cui la presente *Polizza-Convenzione* è abbinata, è il giorno di perfezionamento del predetto *Piano Individuale Pensionistico* indicato nel *Modulo di Adesione*; per coloro che hanno già aderito al *Piano Individuale Pensionistico "TaxBenefit*

New” di Mediolanum Vita S.p.A., cui la presente *Polizza-Convenzione* è abbinata, coincide con le ore ventiquattro del giorno di pagamento del *Premio*.

Datore di lavoro: l’amministrazione pubblica o l’azienda di diritto privato presso la quale l’Aderente/Assicurato figura, al momento del *Sinistro*, quale *Lavoratore Dipendente* con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Disoccupazione: è lo stato in base al quale l’Aderente/Assicurato, *Lavoratore Dipendente Privato* con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato, 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).

Fascicolo Informativo: l’insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale *Aderente/Assicurato*, composto da:

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

Franchigia: la parte di danno che resta a carico dell’Aderente/Assicurato. Può essere espressa in cifra fissa o in percentuale.

Franchigia Relativa: periodo di tempo, a partire dalla data dell’evento, superato il quale la *Compagnia* indennizza il *Sinistro*, retroattivamente, a partire dalla data dell’evento.

Grande Intervento Chirurgico: gli interventi chirurgici indicati nell’allegato 1.

Indennizzo (o Prestazione): la somma dovuta dalla *Compagnia* all’Aderente/Assicurato in caso di *Sinistro* indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle singole coperture assicurative.

Infortunio: l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente: è la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, della capacità generica dell’Aderente/Assicurato allo svolgimento di qualsiasi *Attività Lavorativa*; non è quindi prevista la supervalutazione delle percentuali di *Invalidità Permanente* specifica in relazione all’*Attività Lavorativa* esercitata dall’Aderente/Assicurato (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.).
L’*Invalidità Permanente* sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità dell’Aderente/Assicurato, valutato in base alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, e successive modifiche, sia di grado **pari o superiore al 66%**.

Istituto di cura: l’ospedale, la clinica universitaria, l’istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all’erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

- coloro che godono di redditi di cui all’Art. 50 comma 1 D.P.R. n. 917/86 lett. a) lavoratori soci di

- cooperative; c) borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, g) indennità parlamentari ed assimilate;
- i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) o che comunque non sia regolato dal diritto italiano

Lavoratore Dipendente: 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.

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

Lavoratore Dipendente Privato: per convenzione fra le *Parti*, si considera *Lavoratore Dipendente Privato* la persona fisica che sia *Lavoratore Dipendente* di diritto italiano a tempo indeterminato (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) **e che non rientri nella definizione di *Lavoratore Dipendente Pubblico*.**

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

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

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute che non dipenda da *Infortunio*.

Massimale: la somma fino alla cui concorrenza la *Compagnia* presta le garanzie.

Modulo di adesione: è il modulo (mod. TBNP - ed. 05/2017 e successivi) predisposto dalla *Compagnia* per l'adesione alla *Polizza-Convenzione "TaxBenefit New Protection"* n° 982/52/4470003.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né *Lavoratore Autonomo* (o atipico) né *Lavoratore Dipendente*.

Parti: *Contraente, Aderente/Assicurato, Compagnia*.

Perdita di lavoro: la risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato in corso tra l'*Aderente/Assicurato, Lavoratore Dipendente Privato*, ed il relativo *Datore di Lavoro* derivante da recesso di quest'ultimo.

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

Piano Individuale Pensionistico: forma pensionistica complementare esclusivamente individuale, rivolta a tutti coloro che, indipendentemente dalla propria situazione lavorativa, intendano costruirsi una rendita integrativa.

Polizza-Convenzione (o Contratto): è il *Contratto* stipulato dalla *Contraente* con la *Compagnia*, a favore dei clienti che abbiano stipulato sottoscritto, tramite la propria rete di distribuzione, il Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New".

Premio: la somma dovuta dall'*Aderente/Assicurato* alla *Compagnia* per le coperture assicurative prestate.

Reclamante: soggetto che sia titolare 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 non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero: la degenza in ospedale pubblico, clinica o casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera, purché dovuta ad *Infortunio* o *Malattia* improvvisa. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

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

Struttura Organizzativa: la struttura di Europe Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della *Compagnia* al contatto con l'*Aderente/Assicurato*, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste nella *Polizza-Convenzione*, con costi a carico della medesima *Compagnia*.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Articolo 1. 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 del *Contratto* ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2. Oggetto delle coperture assicurative

Le coperture assicurative di seguito riportate si intendono prestate **a favore dell'*Aderente/Assicurato***, nominativamente indicato nel *Modulo di adesione* (mod. TBNP - ed. 11/2016 e successivi), che ha espresso, tramite la sottoscrizione del modulo stesso, la volontà di aderire alla *Polizza-Convenzione "TaxBenefit New Protection"* in qualità di sottoscrittore del *Piano Individuale Pensionistico* di tipo assicurativo di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New".

La *Compagnia* riconosce agli *aderenti/assicurati*, che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n° 982/52/4470003, salvo il buon fine del pagamento del *Premio* di cui al successivo Art. 7, l'*Indennizzo* previsto per le seguenti prestazioni assicurative:

A) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO di grado pari o superiore al 66% della invalidità totale.

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

- per il calcolo del grado di invalidità si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, e successive modifiche, relative al "settore Industria", con rinuncia della *Compagnia* alla *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 minorazioni le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, il grado di invalidità viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione, fino al limite massimo del 100%;
- nei casi di *Invalidità Permanente* non specificati della tabella allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, e successive modifiche, l'*Indennizzo* è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* ad una qualsiasi *Attività Lavorativa*, indipendentemente dalla sua professione; non è quindi prevista la supervalutazione delle percentuali di *Invalidità Permanente* specifica in relazione all'*Attività Lavorativa* esercitata dall'*Aderente/Assicurato* (ad esempio sportivi, medici, musicisti, ecc.);
- in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di mancinerismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.

L'*Indennizzo* previsto per l'*Invalidità Permanente da Infortunio* non è cumulabile con la garanzia *Invalidità Permanente da Malattia*.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA di grado pari o superiore al 66% della invalidità totale.

La valutazione della *Invalidità Permanente da Malattia* viene effettuata secondo i criteri previsti per l'*Invalidità Permanente da Infortunio* e comunque **non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della *Malattia***.

L'*Indennizzo* previsto per l'*Invalidità Permanente da Malattia* non è cumulabile con la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio*.

C) PERDITA DI LAVORO, solo nel caso in cui l'*Aderente/Assicurato* sia ***Lavoratore Dipendente Privato***, con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

D) GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, determinato da *Infortunio* o *Malattia*, in tutti i casi in cui l'*Aderente/Assicurato*, al momento del *Sinistro*, **non sia un *Lavoratore Dipendente Privato* con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.**

La garanzia "Grande Intervento Chirurgico" è quindi operante, ad esempio, per i lavoratori autonomi, atipici, dipendenti pubblici, dipendenti privati con contratto di diritto diverso da quello italiano, casalinghe e non lavoratori. ***I diritti derivanti dalle coperture "Perdita di lavoro/ "Grande Intervento Chirurgico" dipenderanno dalla situazione lavorativa dell'Aderente/Assicurato rilevata al momento del Sinistro.***

E) SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, forniti in collaborazione con Europe Assistance Service S.p.A., in caso di necessità di "primo aiuto" o di riabilitazione conseguenti a ricovero per *Infortunio* o *Malattia* (vedi Condizioni di Assicurazione - Artt. 33-34)..

Articolo 3. Persone assicurabili - Persone non assicurabili - Limiti di età

a) Persone assicurabili.

assicurabile la persona fisica, nominativamente indicata nel *Modulo di adesione* (mod. TBNP - ed. 05/2017 e successivi), che ha espresso, tramite la sottoscrizione del modulo stesso, la volontà di aderire alla *Polizza-Convenzione "TaxBenefit New Protection"*, in qualità di sottoscrittore del *Piano Individuale Pensionistico* di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita, denominato "TaxBenefit New".

b) Persone non assicurabili.

Non è assicurabile la persona fisica affetta da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci);
- infezione da HIV;
- psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindromi organiche cerebrali.

Qualora sia stata stipulato, il *Contratto*, per tale persona fisica, cessa automaticamente con il manifestarsi di tali affezioni.

c) Limiti di età.

La *Polizza-Convenzione* vale per persone di età:

- non inferiore a **18 anni**;
- non superiore a **65 anni** e termina per gli assicurati che raggiungono tali limiti di età. Pertanto, qualora l'*Aderente/Assicurato* raggiunga i limiti di età sopra richiamati nel corso della durata del *Contratto*, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del *Premio* successiva al compimento dei 65 anni.

Le persone fisiche di età superiore o uguale ai 45 anni sono assicurabili a condizione che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Articolo 4. Effetto della Polizza-Convenzione

La *Copertura Assicurativa*, nonché tutti gli obblighi e oneri che il *Contratto* pone a carico della *Compagnia*, **fermo restando i periodi di Carenza e la Franchigia previsti per le singole garanzie e il limite di età massima per la validità del Contratto**, avranno effetto:

- dalla data di perfezionamento del *Piano Individuale Pensionistico "TaxBenefit New"* di Mediolanum Vita S.p.A., a cui la presente *Polizza-Convenzione* è abbinata;
- dalle ore 24.00 della data di pagamento del *Premio* indicato sul *Modulo di adesione "TaxBenefit New Protection"* Mod. TBNP ed. 05/2017 e successivi, per coloro che hanno già aderito al *Piano Individuale Pensionistico "TaxBenefit New"* di Mediolanum Vita S.p.A., a cui la presente *Polizza-Convenzione* è abbinata.

Articolo 5. Durata della Polizza-Convenzione - Termini di disdetta

La *Polizza-Convenzione* ha durata decennale.

Il Contratto cesserà, senza obbligo di disdetta tra le parti, alle ore 24.00 del decimo anno successivo alla data di effetto dello stesso.

Indipendentemente dalla durata del *Contratto*, le *Parti* potranno recedere annualmente dalla *Polizza-Convenzione* dandone

comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata spedita almeno **60 giorni** prima della scadenza annuale.

La disdetta dovrà essere inviata presso l'indirizzo della Contraente, Banca Mediolanum S.p.A..

Articolo 6. Cessazione della Polizza-Convenzione

La *Copertura Assicurativa* termina alle ore 24.00 del decimo anno successivo alla data di effetto del *Contratto* oppure dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

a) disdetta di una delle Parti;

b) raggiungimento del limite di età dell'Aderente/Assicurato (Art. 3);

- c) in caso di *Sinistro* liquidato nei massimali previsti per ogni singola garanzia;
- d) in caso di decesso dell'*Aderente/Assicurato*;
- e) nel caso di revoca del *Piano Individuale Pensionistico*, di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New";
- f) nel caso di storno del *Piano Individuale Pensionistico*, di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New" successivamente al perfezionamento dello stesso.

La *Copertura Assicurativa* cesserà, altresì, alla scadenza anniversaria nel caso di:

- a) riscatto totale del *Piano Individuale Pensionistico*, di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New";
- b) trasferimento del *Piano Individuale Pensionistico*, di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New", verso un prodotto previdenziale di *Compagnia* terza (c.d. trasferimento out);
- c) disdetta della *Copertura Assicurativa* nei termini previsti dall'Art. 5.

Articolo 7. Pagamento del *Premio*

La *Polizza-Convenzione* ha effetto in base a quanto previsto nel precedente articolo se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati; **altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.**

Se l'*Aderente/Assicurato* non paga i premi o le rate di premio successive, la *Polizza-Convenzione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza annua e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il *Premio* lordo annuo, costante per tutta la durata del *Contratto*, viene indicato nella tabella sottostante ed è determinato in base alla combinazione prescelta per i massimali assicurati, tra le tre disponibili. La tabella sottostante è riportata anche sul *Modulo di adesione* a "TaxBenefit New Protection".

COMBINAZIONI	1	2	3
GARANZIE	SOMME ASSICURATE	SOMME ASSICURATE	SOMME ASSICURATE
<i>Invalità permanente da infortunio e malattia ≥ 66%</i>	€ 30.000,00	€ 60.000,00	€ 100.000,00
<i>Grande Intervento Chirurgico</i>	€ 4.800,00	€ 4.800,00	€ 4.800,00
<i>Perdita Impiego</i>	€ 4.800,00	€ 4.800,00	€ 4.800,00
Assistenza Domiciliare Integrata	compresa	compresa	compresa
PREMIO ANNUO LORDO	€ 190,00	€ 240,00	€ 310,00

Esempio:

- Combinazione 2: premio annuo lordo € 240.

La normativa fiscale vigente consente all'*Aderente/Assicurato* di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% del *Premio*. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a quanto specificato in relazione al regime fiscale al paragrafo 12.2 "Detrazione dei premi versati" della Nota Informativa.

Articolo 8. Ripresa del pagamento del *Premio*: riattivazione

Entro tre mesi dalla scadenza della prima rata di *Premio* non pagata, l'*Aderente/Assicurato* ha comunque diritto a riattivare il *Contratto*, pagando il *Premio* arretrato; in caso di riattivazione, il *Contratto* entra di nuovo in vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi tre mesi dalla scadenza della prima rata di *Premio* non pagata, il *Contratto* non potrà essere riattivato e sarà annullato automaticamente.

Articolo 9. Modifica della Attività Lavorativa - da valere per le coperture "Perdita di lavoro" e "Grande Intervento Chirurgico"

Qualora l'*Aderente/Assicurato* modifichi, durante il periodo di durata della *Polizza-Convenzione*, la propria *Attività Lavorativa*, non dovrà comunicare nulla alla *Compagnia* in quanto **saranno automaticamente operanti le coperture assicurative previste in base all'Attività Lavorativa dell'Aderente/Assicurato al momento del Sinistro.**

Per l'*Aderente/Assicurato Lavoratore Dipendente Privato*, con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali il quale, durante la validità della *Copertura Assicurativa* diventi, ad esempio, *Lavoratore Dipendente Pubblico* (oppure *Lavoratore Dipendente Privato* ma con contratto di diritto diverso da quello italiano, *Lavoratore Autonomo* o atipico) opererà la garanzia "*Grande Intervento Chirurgico*", **fermi i periodi di Carenza previsti dall'Art. 29.**

Per l'*Aderente/Assicurato* che sia, ad esempio, *Lavoratore Autonomo* e, durante la validità della *Copertura Assicurativa*, diventi *Lavoratore Dipendente Privato*, con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali, opererà la garanzia "*Perdita di lavoro*" solo dopo che:

- **l'Aderente/Assicurato abbia superato il periodo di prova e**
- sia trascorso un periodo di almeno **180 giorni consecutivi** dal momento in cui l'*Aderente/Assicurato* sia diventato *Lavoratore Dipendente Privato* e sia stato assunto con un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

Le coperture assicurative **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e Assistenza Domiciliare Integrata** continueranno ad essere operanti, nei termini previsti al momento della sottoscrizione, indipendentemente dalla situazione lavorativa dell'*Aderente/Assicurato*.

Articolo 10. Denuncia del Sinistro

Fermo restando quanto previsto dal successivo Art. 11, in caso di *Sinistro*, l'*Aderente/Assicurato* deve darne comunicazione alla *Compagnia*.

La comunicazione alla *Compagnia* dovrà essere inviata al più presto e comunque **entro e non oltre 20 giorni** dalla data di accadimento del *Sinistro*.

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

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

Articolo 11. Prescrizione

I diritti derivanti dalle coperture assicurative si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modificazioni.

Articolo 12. Beneficiari

Il Beneficiario delle prestazioni è l'*Aderente/Assicurato*.

Articolo 13. Limiti territoriali - Valuta di pagamento

Ad eccezione della garanzia "*Perdita di lavoro*", per la quale il rapporto di lavoro dell'*Aderente/Assicurato* deve essere assoggettato ad un contratto di diritto italiano, tutte le altre garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma il relativo rischio deve essere certificato da un medico che eserciti nell'Unione Europea.

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

Articolo 14. Altre assicurazioni - Cumulo

Le coperture assicurative prestate possono coesistere con altre assicurazioni, senza obbligo dell'*Aderente/Assicurato* di darne avviso alla *Compagnia*; **tuttavia, qualora l'Aderente/Assicurato abbia in vigore altri piani individuali pensionistici, di tipo assicurativo, di Mediolanum Vita denominato "TaxBenefit New" assicurati con il presente Contratto, valgono le regole ed il limite massimo di Indennizzo previsto nelle singole sezioni.**

Articolo 15. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi al *Contratto* sono a carico dell'*Aderente/Assicurato*.

Articolo 16. 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.

Articolo 17. Rinuncia al diritto di surroga

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

Articolo 18. Colpa grave e tumulti popolari

In deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, si considerano in copertura i sinistri causati da colpa grave dell'*AderenteAssicurato*. In deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, si considerano in copertura i sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'*Aderente/Assicurato* non vi abbia preso parte attiva.

Articolo 19. Controversie - Arbitrato irrituale

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

Qualora tra l'*Aderente/Assicurato* o i suoi aventi diritto e la *Compagnia* insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze del *Sinistro*, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo nominato di comune accordo 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*Infortunio* o della *Malattia*, ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le *Parti*, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle *Parti*. L'*Aderente/Assicurato* deve trasmettere la documentazione completa relativa al *Sinistro* prima dell'inizio dell'arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'*Aderente/Assicurato* proceda all'esibizione di ulteriore documentazione che possa influire sull'esito, è data facoltà al Collegio 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.

Articolo 20. Esclusioni

La *Polizza-Convenzione* non è operante per:

- a) le invalidità permanenti preesistenti e le malattie insorte anteriormente alla data di effetto della *Polizza-Convenzione (Data Decorrenza)*;
- b) le conseguenze di infortuni, le malattie ed ogni stato patologico, che abbiano dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure anteriori alla data di effetto della *Polizza-Convenzione (Data Decorrenza)*;
- c) le invalidità permanenti, grandi interventi chirurgici dovuti a sinistri non indennizzabili a termini di *Contratto*;
- d) le invalidità permanenti e i grandi interventi chirurgici, determinati da 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;
- e) 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;
- f) 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 per le invalidità permanenti e i grandi interventi chirurgici determinati da infortuni derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);

- g) 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;
 - h) le invalidità permanenti e i grandi interventi chirurgici derivanti da malattie causati/e da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche relative a infortuni o malattie indennizzabili a termini di *Contratto*;
 - i) i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto (*Data Decorrenza*) della *Polizza- Convenzione* e le relative complicanze;
 - j) 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;
 - k) le malattie derivanti da infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - l) le malattie e le invalidità permanenti imputabili al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
 - m) le malattie e le invalidità permanenti derivanti da contaminazione biologica e/o chimica;
 - n) gli infortuni e/o le malattie conseguenti ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'*Aderente/Assicurato* per motivi psicologici o personali;
 - o) gli infortuni e/o le malattie derivanti dalla pratica (allenamenti, competizioni, gare) di sport:
 - 1) costituenti per l'*Aderente/Assicurato* attività professionale (o che comunque comportino una remunerazione diretta);
 - 2) comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, salvo che si tratti di raduni automobilistici e/o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;
 - 3) comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;
 - 4) quali free climbing, salto dal trampolino con sci ed idrosci, motocross, trial, hydrospeed, kitesurfing, elibike, speleologia, sci estremo, skeleton e bobsleigh.
 - p) gli infortuni subiti dall'*Aderente/Assicurato* su aeromobili di compagnie/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri e/o su aeromobili di aeroclub.
- Sono comunque esclusi gli infortuni occorsi durante o conseguenti alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.
- Sono inoltre esclusi dalle singole coperture assicurative gli eventi specifici descritti nelle rispettive sezioni.

GARANZIE PRESTATE

SEZIONE A - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Articolo 21. Oggetto della Copertura Assicurativa per Invalidità Totale e Permanente da Infortunio

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

- a) il grado percentuale di invalidità dell'*Aderente/Assicurato*, valutato in base alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, e successive modifiche, sia di **grado pari o superiore al 66%**;
- b) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni previste nel precedente Art. 20;
- c) tale invalidità si sia verificata dalle ore 24.00 della *Data di Decorrenza*;
- d) la *Compagnia* abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'*Indennizzo*. A tale proposito l'*Aderente/Assicurato* deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla *Compagnia*, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando il medico dal segreto professionale.

Articolo 22. Oggetto della Copertura Assicurativa per Invalidità Totale e Permanente da Malattia

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

- a) il grado di invalidità accertato risulti **pari o superiore al 66%**;
- b) tale invalidità si sia verificata **dopo il 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza (periodo di Carenza)**;

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

Articolo 23. Criteri di valutazione per il caso di *Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e/o da Malattia*
Premesso che le invalidità da *Infortunio* non sono cumulabili con le invalidità da *Malattia* e viceversa, la Polizza-Convenzione copre il rischio di *Infortunio* o *Malattia* che comporti postumi di *Invalidità Permanente* di grado pari o superiore al 66%.

La *Compagnia* non riconosce alcun *Indennizzo* per invalidità permanenti di grado inferiore al 66%. La valutazione dell'*Invalidità Permanente* da *Infortunio e/o da Malattia* viene effettuata dalla *Compagnia*:

- a) adottando la tabella INAIL (relativa al settore "Industria") allegata al D.P.R. del 30/06/1965 e successive modifiche e integrazioni, con rinuncia della *Compagnia* alla *Franchigia* ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita;
- b) calcolando per ogni singolo *Infortunio e/o* per ogni singola malattia la percentuale di *Invalidità Permanente*. La percentuale di *Invalidità Permanente* viene valutata per il singolo *Infortunio e/o* la singola *Malattia* denunciata e non può essere sommata con eventuali altre invalidità permanenti conseguenti ad altri infortuni e/o malattie. L'*Indennizzo* è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* a una qualsiasi *Attività Lavorativa*, indipendentemente dalla sua professione.

Limitatamente alla garanzia "*Invalidità Totale e Permanente da Malattia*", la valutazione dell'*Invalidità Permanente* sarà effettuata **non prima che sia trascorso un anno** dalla data di denuncia della *Malattia*; tale termine temporale consente di poter definire con maggior precisione la percentuale di *Invalidità Permanente* che la *Malattia* ha causato. Per quanto riguarda la garanzia *Invalidità Totale e Permanente da Infortunio*, 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'*Indennizzo* viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione.

Nei casi di *Invalidità Permanente* non specificati nella tabella sopra citata, l'*Indennizzo* è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* ad una qualsiasi *Attività Lavorativa*, indipendentemente dalla sua professione.

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 e viceversa.

Si conviene che saranno valutati dalla *Compagnia* solo i postumi presenti all'atto dell'accertamento indipendentemente da ogni considerazione prognostica.

Il diritto all'*Indennizzo* per *Invalidità Permanente* è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'*Aderente/Assicurato* muore dopo che l'*Indennizzo* sia stata liquidato o comunque offerto in misura determinata, la *Compagnia* corrisponde agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

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.

Articolo 24. Indennizzo in caso di *Sinistro* - Limite massimo di *Indennizzo*

In caso di *Sinistro* indennizzabile a termini di *Contratto* che determini per l'*Aderente/Assicurato* un'*Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e/o da Malattia*, di grado pari o superiore al 66%, la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* un *Indennizzo* determinato dalla combinazione di *Massimale* prescelta tra le tre disponibili ed in particolare:

COMBINAZIONE 1: € 30.000,00

COMBINAZIONE 2: € 60.000,00

COMBINAZIONE 3: € 100.000,00.

Articolo 25. Periodo di Carenza contrattuale

In caso di *Invalidità Totale e Permanente da Malattia*, l'*Indennizzo* non verrà corrisposto nel caso di *Sinistro* conseguente a *Malattia* che si verifichi entro **60 giorni** dalla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa*.

SEZIONE B - PERDITA DI LAVORO

Articolo 26. Oggetto della Copertura Assicurativa per 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 Privato, con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali**.

In caso di *Perdita di lavoro* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà l'*Indennizzo* (di cui al successivo Art. 27) all'*Aderente/Assicurato* qualora:

- la data di invio all'*Aderente/Assicurato* della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia posteriore alle ore 24.00 del **180° giorno** successivo alla *Data di Decorrenza* della *Copertura Assicurativa* (periodo di *Carenza*);
- il periodo di *Disoccupazione* sia di durata pari o superiore a **60 giorni consecutivi** (*Franchigia Relativa*);
- il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui agli Artt. 20 e 28;
- il rapporto di lavoro dell'*Aderente/Assicurato* sia assoggettato ad un contratto di diritto italiano.

Articolo 27. Indennizzo per il caso di Perdita di Lavoro

- In caso di *Perdita di lavoro* dell'*Aderente/Assicurato*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato*, **per ogni giorno di Disoccupazione**, una somma **pari ad euro 13,33 successiva alla data di denuncia del Sinistro e al periodo di Franchigia di cui all'Art. 26 comma b)**, fermo restando l'*Indennizzo* massimo giornaliero previsto al successivo comma 3).
- Superato il periodo di *Franchigia* di cui all'Art. 26 comma b), l'*Aderente/Assicurato* avrà diritto all'*Indennizzo* dal primo giorno di *Disoccupazione*.
- Il periodo massimo di *Indennizzo* che la *Compagnia* corrisponderà a **1.080 giorni per tutta la durata della Copertura Assicurativa con il limite di 360 giorni per evento. Una volta utilizzato tutto il periodo massimo di 1.080 giorni, resta convenuto fra le Parti che tutte le coperture assicurative inerenti la garanzia "Perdita di lavoro" si intendono annullate e ciò senza obbligo di comunicazione fra le Parti, restando acquisiti alla Compagnia i premi pagati e non goduti per tale Copertura Assicurativa.**
- L'*Indennizzo* massimo giornaliero che la *Compagnia* corrisponderà ad euro 13,33.

Articolo 28. Esclusioni per il caso di Perdita di Lavoro

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 20 - Esclusioni, **nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Compagnia per il caso di Perdita di lavoro** se, al momento del *Sinistro*:

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

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

- l'*Aderente/Assicurato*, alla *Data di Decorrenza* fosse a conoscenza della prossima *Disoccupazione* o comunque gli fossero note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la *Perdita di lavoro* sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o per carcerazione del dipendente;
- la *Perdita di lavoro* sia conseguenza di pensionamento o pre-pensionamento;
- la *Perdita di lavoro* sia dovuta ad un evento programmato in base ad un rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque il rapporto di lavoro dell'*Aderente/Assicurato* avesse carattere stagionale e/o temporaneo, quindi la relativa perdita di lavoro sia la conseguenza della scadenza di un termine (ad es. contratto di formazione lavoro, di apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di collaborazione coordinata continuativa;
- l'*Aderente/Assicurato* abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- l'*Aderente/Assicurato* non si sia iscritto presso il *Centro per l'impiego* (ufficio di collocamento o equivalente);
- l'*Aderente/Assicurato* percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- l'*Aderente/Assicurato*, al momento dell'evento, fosse in periodo di prova;

- i) la *Perdita di lavoro (Disoccupazione)* sia avvenuta nel periodo di *Carenza* di cui all'Art. 26 comma a);
- j) il periodo di *Disoccupazione* sia inferiore a 60 giorni consecutivi (*Franchigia*).

Articolo 29. Denunce successive di Sinistro - Periodo di osservazione

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

SEZIONE C - GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Articolo 30. Oggetto della Copertura Assicurativa per Grande Intervento Chirurgico

La *Copertura Assicurativa* in oggetto è operante per tutti gli aderenti/assicurati **ad esclusione di quelli che, al momento del *Sinistro*, siano lavoratori dipendenti privati con contratto di lavoro dipendente di diritto italiano a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali**. In caso di *Grande Intervento Chirurgico* al quale l'*Aderente/Assicurato* sia stato sottoposto, durante l'efficacia della *Copertura Assicurativa*, in conseguenza di *Malattia* o di *Infortunio* indennizzabile a termini di *Contratto*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* l'*Indennizzo*, di cui al successivo Art. 31, qualora:

- a) la *Malattia* che ha determinato il *Grande Intervento Chirurgico* sia insorta e si sia manifestata successivamente alla *Data di effetto della Copertura Assicurativa* e sia trascorso il **periodo di Carenza (180 giorni dalla Data di Decorrenza)**;
- b) l'*Infortunio* che ha determinato il *Grande Intervento Chirurgico* sia avvenuto successivamente alla *Data di effetto della Copertura Assicurativa*;
- c) il *Sinistro* non rientri nelle esclusioni di cui agli Artt. 20 e 32.

Resta comunque convenuto che la *Compagnia*, nel corso della durata del *Contratto*, indennizza **un solo Grande Intervento Chirurgico effettuato a causa della stessa patologia ed allo stesso organo e/o tessuto**.

Gli interventi chirurgici indennizzabili sono identificati ed indicati nell'"Elenco Grandi interventi chirurgici" (vedi allegato 1).

Articolo 31. Indennizzo per il caso di Grande Intervento Chirurgico

1. In caso di *Sinistro*, la *Compagnia* corrisponderà all'*Aderente/Assicurato* un *Indennizzo* versato in un'unica soluzione e corrispondente a **euro 4.800,00**.
2. Il massimo esborso che la *Compagnia* corrisponderà per tutta la durata della *Copertura Assicurativa* è di:
 - euro **4.800,00**, per evento;
 - euro **14.400,00**, quale *Indennizzo* massimo riconosciuto nel caso in cui si verificano più sinistri nell'intero periodo di *Copertura Assicurativa*.

Articolo 32. Esclusioni per il caso di Grande Intervento Chirurgico

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 20 - Esclusioni, nessun *Indennizzo* è dovuto dalla *Compagnia* per il caso di *Grande Intervento Chirurgico* se, al momento del *Sinistro*:

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

oppure

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

SEZIONE D - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Articolo 33. Oggetto della garanzia Assistenza domiciliare integrata

1) SERVIZI ASSISTENZA POST-INFORTUNIO "primo aiuto"

In caso di **Infortunio con ricovero dell'Aderente/Assicurato della durata di almeno 3 notti**, la *Struttura Organizzativa* organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare nei giorni immediatamente successivi alle dimissioni mediante prestazioni di proprio personale medico, personale paramedico e personale non sanitario **per un massimo per ricovero di 10 ore** per tipologia di prestazione e comunque per un massimo assoluto di 60 ore totali per anno. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della *Prestazione*, verranno definite dal servizio medico della *Struttura Organizzativa* in accordo con i medici curanti dell'iscritto.

La *Struttura Organizzativa* concorderà preventivamente con l'*Aderente/Assicurato* e il medico curante le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo dalle dimissioni per poter organizzare il servizio stesso.

L'ospedalizzazione domiciliare di cui sopra è composta dalle seguenti prestazioni:

Servizi professionali post ricovero

Qualora l'*Aderente/Assicurato* necessiti nel periodo post-ricovero, dalle ore 20.00 alle ore 8.00 nei giorni feriali oppure nei giorni festivi di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, garantisce l'invio di un professionista tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 10 ore post ricovero.

Servizi sanitari

Qualora l'*Aderente/Assicurato* necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, provvederà ad organizzare il servizio tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 10 ore per ricovero.

Servizi non sanitari

Qualora l'*Aderente/Assicurato* non possa lasciare il proprio domicilio, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 10 ore per ricovero.

2) SERVIZI ASSISTENZA E RIABILITAZIONE POST-RICOVERO

In caso di **ricovero dell'Aderente/Assicurato della durata di almeno 7 notti causato da Infortunio o Malattia**, la *Struttura Organizzativa* organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare nei giorni immediatamente successivi alle dimissioni mediante prestazioni di proprio personale medico, personale paramedico e personale non sanitario per **un massimo per ricovero di 30 ore** per *Prestazione* e comunque fino ad un massimo assoluto di 90 totali per anno. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della *Prestazione*, verranno definite dal servizio medico della *Struttura Organizzativa* in accordo con i medici curanti dell'iscritto.

La *Struttura Organizzativa* concorderà preventivamente con l'*Aderente/Assicurato* e il medico curante le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo dalle dimissioni per poter organizzare il servizio stesso.

Nota: la presente garanzia non è cumulabile con la garanzia A.D.I "primo aiuto".
L'ospedalizzazione domiciliare di cui sopra è composta dalle seguenti prestazioni:

Servizi professionali post ricovero

Qualora l'*Aderente/Assicurato* necessiti nel periodo post-ricovero, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali oppure nei giorni festivi di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, garantisce l'invio di un professionista tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 30 ore per ricovero.

Servizi sanitari

Qualora l'*Aderente/Assicurato*, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, provvederà ad organizzare il servizio tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 30 ore per ricovero.

Servizi non sanitari

Qualora l'*Aderente/Assicurato* non possa lasciare il proprio domicilio, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 30 ore per ricovero.

Articolo 34. Esclusioni ed effetti giuridici relativi alla garanzia Assistenza Domiciliare Integrata

1. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, calamità naturali;
- c) dolo dell'*Aderente/Assicurato*;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- f) malattie nervose, mentali e disturbi psichici in genere;
- g) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- h) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza;
- i) aborto non terapeutico;
- j) cure dentarie e paraodontopatie;
- k) prestazioni aventi finalità estetiche;
- l) cure e interventi determinati da sieropositività H.I.V.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

2. Tutte le prestazioni vengono fornite, per ciascun *Aderente/Assicurato*, per un massimo di tre volte per anno di validità della *Polizza-Convenzione*.

3. La durata massima della *Copertura Assicurativa* per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno di validità della *Polizza-Convenzione*, è di 60 (sessanta) giorni.

4. Qualora l'*Aderente/Assicurato* non usufruisca di una o più prestazioni, la *Compagnia* non è tenuta a

- fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
5. 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*, in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 Codice Civile.
 6. Il diritto alle assistenze fornite dalla *Compagnia* decade qualora l'*Aderente/Assicurato* non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *Sinistro*.
 7. L'*Aderente/Assicurato* libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *Sinistro*, nei confronti della *Struttura Organizzativa* e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del *Sinistro* stesso.
 8. Il *Contratto* è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie relative al *Contratto* sono soggette alla giurisdizione italiana.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO PER LA GARANZIA:

- Sezione D: Assistenza Domiciliare Integrata

Articolo 35. Obblighi dell'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro*

In caso di *Sinistro*, l'*Aderente/Assicurato* deve prendere immediatamente contatto con la *Struttura Organizzativa* seguendo le istruzioni di cui al successivo Art. 36, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'*Aderente/Assicurato* deve contattare la *Struttura Organizzativa* appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza dal diritto alla *Prestazione*.

Relativamente al diritto alle garanzie, si applicherà quanto disposto all'Art. 1915 del Codice Civile.

Articolo 36. Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'*Aderente/Assicurato* potrà telefonare alla *Struttura Organizzativa* in funzione 24 ore su 24, facente capo al Numero Verde:

800.019.320

oppure, se all'estero, al numero di Milano +39 02.5830.8560, oppure inviare un fax al numero +39 02.5847.7201.

oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

EUROPE ASSISTANCE SERVICE S.p.A.

Piazza Trento, 8

20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1 Il tipo di assistenza di cui necessita;
- 2 Nome e Cognome;
- 3 Numero di *Contratto* preceduto da **MEDT (MEDT 4470003)**;
- 4 Indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5 Il recapito telefonico dove la *Struttura Organizzativa* provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La *Struttura Organizzativa* potrà richiedere all'*Aderente/Assicurato* - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla *Struttura Organizzativa* che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO PER LE GARANZIE:

- **Sezione A: Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**
- **Sezione B: Perdita di lavoro - Disoccupazione**
- **Sezione C: Grande Intervento Chirurgico**

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

- Online: "Denuncia Sinistro", collegandosi al sito bancamediolanum.it ed accedendo alla sezione "Protezione" all'interno della propria area personale;
- Posta raccomandata: Mediolanum Assicurazioni S.p.A, Ufficio Si.R.E., Palazzo Meucci I° piano, Via F. Sforza 15, 20080 Basiglio (MI);
- **Tel: 02.9045.1520;**
- Fax: n. 02.9045.1308;
- Mail: sire@mediolanum.it;
- Tramite il proprio Family Banker.

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 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 le sezione A: Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**

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

- **Sinistro per la sezione B: Perdita di lavoro - Disoccupazione**

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

- **Sinistro per la sezione C: Grande Intervento Chirurgico**

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

FAC SIMILE - MODULO DENUNCIA SINISTRO

Spedire a:

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Via Francesco Sforza, 15
Palazzo Meucci - 20080 Basiglio (Mi)

RACCOMANDATA

Oggetto:

denuncia di Sinistro relativo a "TaxBenefit New Protection" n° _____

TaxBenefit New n° _____

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

ASSICURATO

COGNOME E NOME: _____ COD. CLIENTE _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO UFFICIO _____

CELLULARE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

Il Sinistro è stato cagionato da:

- INFORTUNIO
- MALATTIA
- RICOVERO
- INTERVENTO CHIRURGICO
- ALTRO _____

E ha comportato:

- INVALIDITÀ PERMANENTE
- GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
- PERDITA DI LAVORO
- _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

Il Sinistro è avvenuto il _____ in località _____

Con le seguenti modalità _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Firma dell'Assicurato

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

FACCIA E BOCCA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

OCULISTICA

- V Iridocicloretrazione per glaucoma.

COLLO

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

ESOFAGO

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

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

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

STOMACO - DUODENO

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

INTESTINO

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

RETTO - ANO

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

FEGATO E VIE BILIARI

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

PANCREAS - MILZA

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

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

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

CHIRURGIA VASCOLARE

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

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

ORTOPEDIA - ARTICOLAZIONE

- VI Disarticolazione interscapolo toracica.
- VI Emipelvectomy.
- V Artroplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico.
- VI Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi.
- VI Osteosintesi vertebrale.

- VI** Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali.
- V** Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento.
- VI** Ricostruzione del pollice in microchirurgia.
- V** Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale.
- V** Artroprotesi carpale.
- V** Amputazione grandi segmenti.
- VII** Reimpianti di arto o suo segmento.

UROLOGIA

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

APPARATO GENITALE MASCHILE

- V** Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

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

TRAPIANTI D'ORGANO

- VII** Tutti.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO



TaxBenefit New Protection

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 982/52/4470003

Copertura assicurativa opzionale abbinata al piano individuale pensionistico di tipo assicurativo denominato TaxBenefit New di Mediolanum Vita S.p.A. n. di adesione _____

Luogo _____

Data di sottoscrizione _____

ASSICURATO

_____		_____	
COGNOME		NOME	
_____	_____		_____
CODICE CLIENTE	CODICE FISCALE (obbligatorio)		

Effetto

Nei termini previsti dall'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti.

Durata della polizza

Decennale

Frazionamento del premio

Annuale

Garanzie Previste - Somme Assicurabili - Premi lordi Annui

INDICARE CON X LA COMBINAZIONE PRESCELTA TRA LE 3 DISPONIBILI.
TALE SCELTA DETERMINERÀ LE SOMME ASSICURATE ED IL CORRISPONDENTE PREMIO ANNUO
(gli importi sotto indicati sono espressi in Euro)

COMBINAZIONI	1	2	3
GARANZIE	SOMME ASSICURATE	SOMME ASSICURATE	SOMME ASSICURATE
Invalidità permanente da infortunio e malattia ≥ 66%	€ 30.000,00	€ 60.000,00	€ 100.000,00
Grande Intervento Chirurgico	€ 4.800,00	€ 4.800,00	€ 4.800,00
Perdita Impiego	€ 4.800,00	€ 4.800,00	€ 4.800,00
Assistenza Domiciliare Integrata	compresa	compresa	compresa
PREMIO ANNUO LORDO	€ 190,00	€ 240,00	€ 310,00

INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE AL PRESENTE CONTRATTO

Per quale motivo desidera aderire alla presente polizza convenzione?

- continuare il completamento del piano individuale previdenziale in caso di grave invalidità permanente, grande intervento chirurgico o disoccupazione;
- proteggere i miei beni per danni derivanti da incendio/eventi naturali;
- garantire un capitale ai beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato causato da Infortunio.

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

- capitale
- rimborso spese mediche
- indennizzo giornaliero (diaria)



Firma dell' Aderente/Assicurato

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 dell' Aderente/Assicurato

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 mia situazione assicurativa in corso
- alla tipologia di rimborso desiderato
- al seguente altro motivo (specificare) _____

Al riguardo dichiaro di voler comunque sottoscrivere il contratto.



Firma dell'Incaricato



Firma dell' Aderente/Assicurato

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di essere consapevole che la prestazione offerta dalla polizza **TaxBenefit New Protection** è quella riassunta nella tabella sopra riportata e che il relativo premio assicurativo è determinato dalla combinazione prescelta che risulta essere pari a € _____;
- di aver ricevuto, letto e accettato la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione relativi alla Polizza Convenzione denominata **TaxBenefit New Protection** nr. 982/52/4470003 stipulata tra Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e Banca Mediolanum S.p.A.;
- di aver ricevuto copia della dichiarazione ex art. 49 del Reg. ISVAP 5/2006, contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività svolta, riportata sul retro del modulo e completata in ogni sua parte dall'intermediario, e copia del documento ex art. 49 del Reg. ISVAP 5/2006, riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti;
- di essere a conoscenza della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione della propria posizione assicurativa;
- **di essere consapevole 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.;**
- **di voler aderire alla polizza in oggetto.**
- 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.

Il sottoscritto Assicurato è, inoltre, consapevole che:

- la copertura assicurativa ha durata decennale e decorrerà dallo stesso giorno di perfezionamento del piano individuale pensionistico di tipo assicurativo TaxBenefit New di Mediolanum Vita S.p.A., ovvero dalle ore ventiquattro del pagamento del premio della presente polizza per coloro che hanno già aderito al predetto piano pensionistico. Alla scadenza anniversaria, la copertura assicurativa si rinnoverà tacitamente di anno in anno salvo recesso, da parte della Banca o del Cliente/Assicurato, da comunicarsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale con lettera raccomandata A/R come previsto dall' art.5 delle Condizioni di Polizza.
- ai fini del pagamento del premio l'Assicurato ha l'onere di garantire la necessaria provvista (che deve intendersi già entrata nella piena disponibilità dello stesso Assicurato) sul conto corrente di addebito presso Banca Mediolanum S.p.A. qui identificato con il n° _____ . Non saranno, pertanto, considerati i versamenti per i quali, ancorché contabilizzati, non risulti ancora maturato il buon fine.
- nell'ipotesi di trasferimento del piano individuale pensionistico TaxBenefit New di Mediolanum Vita S.p.A. ad altra forma pensionistica complementare la copertura assicurativa cesserà automaticamente di esistere alla scadenza anniversaria.

Luogo e data _____ Firma dell' Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (obbligatoria per sottoscrittori di età ≥ 45 anni)

Si richiama particolare attenzione sul fatto che le informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurando, rilasciate nella presente Dichiarazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

L'Assicurando dichiara di:

- avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. $175 - 70 = 105$);
- non essere (e di non essere stato) affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza);
- non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
- non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*;
** salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).*
- non essere (e di non essere stato) affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
*** esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio-vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico-obstruttiva.*

Inoltre dichiara:

- che le informazioni fornite nella presente dichiarazione sono complete e veritiere;
- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile;

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurato _____

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI per l'identificazione dei firmatari del presente modulo.

Cognome e nome

Firma

Codice

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 600.090.141,60 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 Cardif 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

Firma dell'Incaricato di Banca Mediolanum

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'informazione 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