mediolanum ASSICURAZIONI

MEDIOLANUM CAPITALE UMANO

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Palazzo Meucci, Via F. Sforza, 20079 Basiglio (MI) - T +39 02 9049.1 - Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. I.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

ID Raccomandazione Personalizzata

Spett.le
MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Via F. Sforza - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

PROPOSTA DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE N° **COD. PROD. CAP2**

Data di ultimo aggiornamento 11/06/2021

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ Cod. Ag.

AGEVOLAZIONI

☐ CODICE AGEVOLAZIONE _____ * _____

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

CONTRAENTE

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE (Obbligatorio) _____ GIÀ CLIENTE SI NO CODICE CLIENTE (Obbligatorio se già Cliente) _____

INDIRIZZO DI CONTRATTO

❑ chiedo che la corrispondenza venga inoltrata presso il mio domicilio (se comunicato), ovvero, in mancanza, presso la mia residenza anagrafica già censita e nota
❑ chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo solo se diverso dal mio domicilio o dalla mia residenza anagrafica

INDIRIZZO - via / piazza _____ NUMERO CIVICO _____

C.A.P. _____ LOCALITÀ (Comune) _____ PROV. _____ NAZ. _____

FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

☐ Annuale ☐ Semestrale

Riservato ai soli correntisti di Banca Mediolanum:

☐ mensile

☐ mensile con pagamento delle prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto* **IL CONTRAENTE** ✍ _____ (solo per pagamento prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto)

*solo per la prima annualità. Dal secondo anno solo frazionamento mensile.

SOSTITUZIONE POLIZZA

Sostituisce polizza n°	Ramo	Agenzia	Scade il	Sostituisce polizza n°	Ramo	Agenzia	Scade il

DURATA DELLA POLIZZA

1 anno con tacito rinnovo (automatico)

EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nei termini previsti dall'art. 25 delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti.

ASSICURATO PRINCIPALE

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE (Obbligatorio) _____ GIÀ CLIENTE SI NO CODICE CLIENTE (Obbligatorio se già Cliente) _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____ NAZ. _____

ATTIVITÀ _____ CODICE ATTIVITÀ _____ CLASSE DI RISCHIO A B C D

Fac Simile

GARANZIE

SOTTOSCRIVIBILI DALL'ASSICURATO PRINCIPALE

(Limite d'età per la sottoscrizione: minimo 18 – massimo 74 anni)

PREMIO LORDO

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO ☐ **Tabella INAIL** ☐ **Tabella MEDIOLANUM**	**Somma annua assicurata** *Minimo 100.000 € - Massimo 1.000.000 €* €	€ _____
Franchigia assoluta ☐ **5%** **Franchigia assoluta a scaglioni** ☐ **5-10-15%** **Franchigia relativa** ☐ **65%**		
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	**Somma annua assicurata** *Minimo 100.000 € - Massimo 1.000.000 €* €	€ _____
Franchigia relativa ☐ **25%** ☐ **65%**		
DECESSO DA INFORTUNIO	**Somma annua assicurata** *Minimo 100.000 € - Massimo 1.000.000 €* €	€ _____

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato principale:

026 Gli eredi legittimi

027 Il coniuge o, in mancanza, gli eredi legittimi

020 Altro (nome, cognome e codice fiscale) _____

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	**Indennizzo previsto** *Fino a 5.000 €*	€ _____
INDENNITARIA FORFETTARIA DA INFORTUNIO	**Indennizzo previsto** *Minimo 300 € - Massimo 10.000 €*	€ _____
DIARIA DA RICOVERO	**Indennizzo giornaliero** ☐ 50 € ☐ 100 €	€ _____
INTERVENTI CHIRURGICI	**Indennizzo previsto** ☐ Opzione A ☐ Opzione B	€ _____
ASSISTENZA IN CASO DI INFORTUNIO O MALATTIA	Copertura assicurativa obbligatoria prestata in collaborazione con Ima Italia Assistance	€ _____

A) € _____

PER IL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSICURATO PRINCIPALE

DECESSO E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO* (Franchigia assoluta pari al 5%)
(Limite di età per l'estensione: 75 anni)
* che i componenti il Nucleo Familiare dell'assicurato Principale subiscano nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.
N.B. Beneficiari in caso di decesso di uno o più componenti del nucleo familiare saranno gli eredi legittimi.

SOGGETTI ASSICURATI

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____

somma annua assicurata ☐ 100.000 € ☐ 200.000 €	**PREMIO LORDO** € _____

MALATTIE GRAVI GIOVANILI*
Limite di età per l'estensione: da 1 a 18 anni
* che i componenti minorenni il Nucleo Familiare dell'assicurato Principale manifestino entro il periodo di validità della copertura.

SOGGETTI ASSICURATI

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____ Somma annua assicurata* _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____ Somma annua assicurata* _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____ Somma annua assicurata* _____

Nome _____ Cognome _____ Data nascita _____ C.F. _____ Somma annua assicurata* _____

* importo a scelta di € 50.000 o di € 100.000 per ciascun assicurato indicato

somma annua assicurata complessiva € _____	**PREMIO LORDO** € _____

B) € _____

TOTALE PREMIO (C=A+B) = € _____ **pari a**
€ _____ **annui**

Fac Simile

RIEPILOGO PREMIO

PREMIO ANNUO LORDO	SCONTO[1]	PREMIO ANNUO LORDO SCONTATO	PREMIO ALLA FIRMA	PREMI SUCCESSIVI[2]
€ _____*	_____	€ _____	€ _____	€ _____

Composizione dei premi: i premi esposti nella presente sono comprensivi dell'imposta in vigore al momento della sottoscrizione, come segue: Infortuni e malattia – aliquota d'imposta 2,50%, e assistenza – aliquota d'imposta 10%.

* di cui € _____ quale maggiorazione per rischi sanitari o derivanti da determinati stili di vita (ad esempio alcool o fumo).
Il premio potrebbe variare anche a seguito della successiva valutazione individuale effettuata dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta (art. 3.2. delle Condizioni di Assicurazione).

[1] Lo sconto è applicato nel caso di sottoscrizione della garanzia Invalidità permanente da infortunio e/o Malattia ed almeno un'ulteriore garanzia a scelta dell'Assicurato (eccezion fatta per la garanzia "Assistenza"). [Tale sconto non è cumulabile con l'agevolazione riservata ai dipendenti, promotori finanziari e loro familiari.]

[2] I premi successivi, relativamente alla Sezione Malattia, non tengono conto di eventuali variazioni d'età che possano comportare aggiornamenti del premio stesso (art. 23 delle Condizioni di Assicurazione).

Avvertenze:

- prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso.
- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO PREMIO

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

Premio Iniziale:

❏ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**

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

❏ IBAN _____

❏ Conto corrente in apertura proposta n. _____

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

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

(*) B = bancario; C = circolare

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

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

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

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

Creditor ID IT28001000000243062015 9

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

Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare

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

❏ **Conto Corrente a me intestato**

❏ IBAN _____

❏ Conto corrente in apertura proposta n. _____

Fac Simile

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

Cod. Cliente _____

Cognome e Nome _____

IBAN _____

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

_____
✍ Firma Sottoscrittore SDD

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

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

Il sottoscritto Contraente:

essendo stato avvertito della possibilità di ricevere gratuitamente la documentazione informativa e contrattuale, su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie la modalità:

☐ **NON CARTACEA (file pdf)** ☐ **CARTACEA**

Se scelto il formato elettronico PDF, in sostituzione di quello cartaceo, dichiara di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentano di consultare e gestire autonomamente documenti in formato elettronico (file PDF), archiviati su supporto durevole. È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.
Resta salvo il diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

- **Il Contraente dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione il Set informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale Danni (c.d. DIP Danni), dal Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni (c.d. DIP Aggiuntivo Danni) e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario.**
- Il Contraente, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, conferma di aver ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi. Dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito di Banca Mediolanum.
- Il Contraente dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa, c.d. servizio di Home Insurance. È altresì consapevole che nell'ambito del predetto servizio, la Compagnia rende sempre disponibili le comunicazioni in corso di contratto in modalità telematica, anche in assenza di specifica richiesta di dematerializzazione, per pronta consultazione e archiviazione delle stesse.
- Il Contraente dichiara infine di essere consapevole che il presente contratto s'intende concluso con l'accettazione da parte della Compagnia della Proposta di assicurazione mediante invio al Contraente del Documento di Polizza nel quale verranno riepilogate le garanzie effettivamente operanti.
- Il Contraente dichiara di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679).
- Il Contraente prende atto che alla sottoscrizione del contratto si applica l'art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali, entro quattordici giorni, decorrenti dalla data di conclusione del contratto. Entro detto termine, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Via F. Sforza 15 - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI). Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies, comma 1, del Codice del Consumo, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto. Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere, contestualmente alla sottoscrizione del Contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio decorso il periodo di quattordici giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso.

IL CONTRAENTE ✍ _____

Fac Simile

RICHIESTA INVIO COMUNICAZIONI ESCLUSIVAMENTE TRAMITE INTERNET

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

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

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

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

IL CONTRAENTE ✍ _____

Il Contraente dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: art. 1 - Persone assicurabili; art. 3 - Garanzie prestate per l'Assicurato Principale; art. 4 - Garanzie prestate per il Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale; art. 5 - Servizio di Assistenza per Infortunio o Malattia; art. 6 - Massimali assicurati; art. 7 - Persone non assicurabili; art. 8. - Limiti, scoperti e franchigie; art. 10 - Periodi di carenza; art. 11 - Esclusioni dall'Assicurazione per l'Assicurato Principale e per il Nucleo Familiare; art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; art. 14 - Attività diversa da quella dichiarata; art. 15 - Denuncia del Sinistro e Obblighi dell'Assicurato; art. 16 - Criteri di Liquidazione; art. 19 - Non Rinnovabilità del Contratto in seguito a grave Invalidità Permanente; art. 21 - Procedura per la valutazione del Danno, Controversie, Arbitrato irrituale; art. 23 - Premio; art. 25 - Effetto e decorrenza dell'Assicurazione; art. 26 - Durata dell'Assicurazione; art. 27 - Diritto di recesso; art. 35 - Altre assicurazioni.

IL CONTRAENTE ✍ _____

Il Contraente dichiara inoltre agli effetti della copertura assicurativa (artt. 1892 e 1893 Codice Civile), relativamente alle prestazioni sottoscritte con la presente proposta, che:
- negli ultimi due anni non si sono verificati sinistri relativamente alla/e garanzia/e sottoscritta/e,
  in caso contrario precisare _____
- negli ultimi due anni non ha avuto polizze annullate per sinistro da altre società,
  in caso contrario precisare _____
- non ha in corso altre polizze per le prestazioni assicurative sottoscritte con la presente,
  in caso contrario precisare _____

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

IL CONTRAENTE ✍ _____

Fac Simile

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

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

Cognome e Nome del Family Protection Specialist	Codice	✍	Firma

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

Cognome e Nome	Codice

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO
Facsimile