

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

ID Raccomandazione Personalizzata

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

PROPOSTA DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE N°

COD. PROD. CAP1

Data di ultimo aggiornamento 19/07/2019

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

INDIRIZZO DI CONTRATTO

- Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata presso la mia residenza anagrafica già censita e nota
 Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo solo se diverso 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 la prima annualità. Dal secondo anno solo frazionamento mensile. (solo per pagamento prime 12 mensilità alla sottoscrizione del contratto)

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. G2 delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti.

ASSICURATO PRINCIPALE

COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE _____ SI NO GIÀ CLIENTE _____ CODICE CLIENTE (Obbligatorio se già Cliente) _____ M F SESSO _____
DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____ NAZ. _____
ATTIVITÀ _____ CODICE ATTIVITÀ _____ A B C D CLASSE DI RISCHIO _____

GARANZIE SOTTOSCRIVIBILI DALL'ASSICURATO PRINCIPALE
(Limite d'età per la sottoscrizione: minimo 18 – massimo 74 anni)

PREMIO LORDO

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	Somma annua assicurata Minimo 100.000 € - massimo 1.000.000 €	€ _____
	€ _____	
Franchigia assoluta <input type="checkbox"/> 5% Franchigia relativa <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 65%		

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	Somma annua assicurata Minimo 100.000 € - massimo 1.000.000 €	€ _____
	€ _____	
Franchigia relativa <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 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) _____

INDENNITARIA FORFETTARIA DA INFORTUNIO	Indennizzo previsto Minimo 300 € - massimo 10.000 €	€ _____
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------

DIARIA DA RICOVERO	Indennizzo giornaliero <input type="checkbox"/> 50 € <input type="checkbox"/> 100 €	€ _____
---------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------

INTERVENTI CHIRURGICI	Indennizzo previsto <input type="checkbox"/> Opzione A <input type="checkbox"/> Opzione B	€ _____
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

ASSISTENZA IN CASO DI INFORTUNIO O MALATTIA	Copertura assicurativa obbligatoria prestata in collaborazione con Blue Assistance	€ _____
----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------

A) € _____

GARANZIE PER IL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSICURATO PRINCIPALE

Limite di età per l'estensione: 75 anni

Rischi assicurati: l'assicurazione vale per gli infortuni che i componenti il Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale subiscano nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

DEROGA STATO DI FAMIGLIA

ESTENDERE le garanzie previste per il Nucleo Familiare alla persona sotto identificata che, pur non essendo inserita nel mio Stato di Famiglia è con me convivente e domiciliata.

NOME, COGNOME E CODICE FISCALE _____

ESCLUDERE dalle garanzie previste per il Nucleo Familiare la persona sotto identificata.

NOME, COGNOME E CODICE FISCALE _____

DECESSO E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (Franchigia assoluta pari al 5%)	Somma annua assicurata	B) € _____
	<input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 €	

Beneficiari in caso di decesso di uno o più componenti del nucleo familiare: gli eredi legittimi

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

€ _____ annui

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. B2 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 (eccezione 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. B4 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**N.B. La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti ai Soggetti incaricati della raccolta****VERSAMENTO INIZIALE (modalità riservata ai soli correntisti di Banca Mediolanum)**
 ADDEBITO DIRETTO su Conto corrente n° _____ Conto corrente in apertura

Il Contraente in quanto intestatario o cointestatario del suddetto conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A. vi autorizza a richiedere il trasferimento a favore di Mediolanum Assicurazioni SpA dell'importo pari al premio lordo alla firma sopra indicato.

VERSAMENTO INIZIALE
 ASSEGNO "non trasferibile" all'ordine di MEDIOLANUM ASSICURAZIONI SPA

IMPORTO	TIPO(*)	BANCA EMITTENTE/TRASSATA	FILIALE/SEDE/AGENZIA	NUMERO
€ _____	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	_____	_____	_____

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine. (*) B = bancario; C = circolare

VERSAMENTI SUCCESSIVI (si ricorda che nel caso di scelta di FRAZIONAMENTO MENSILE la Banca d'appoggio deve essere obbligatoriamente Banca Mediolanum)
 DISPOSIZIONE PERMANENTE (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 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.

COORDINATE DELL'AZIENDA CREDITRICE

IDENTIFICATIVO CREDITORE IT280010000002430620159 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 ADEBITARE:

PAESE	CIN IBAN	CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO CONTO CORRENTE	N. PROPOSTA CONTO CORRENTE
IT						

nel caso in cui il contraente non sia intestatario o cointestatario del suddetto conto corrente, indicarne:

Cognome e Nome **Cod. Cliente** _____

_____ Data

_____ Firma sottoscrittore SDD

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.

 Disposizione diretta 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. E' 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, la documentazione informativa e contrattuale;
- Il Contraente, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi;
- Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumassicurazioni.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione della propria posizione assicurativa.
- 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 _____

Il Contraente dichiara:

A) 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 (CAP ed. 09/2015 e successive edizioni): art. G1 – Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio; art. G2 - Effetto dell'assicurazione e pagamento del premio; art. G3 – Durata e termini di disdetta dell'assicurazione; artt. A5-B6-D12 – Esclusioni; artt. A14-B14-B15-D3-D4-D5-D6-D7-D8-D9-D10-D11– Limitazioni; art. G5 - Altre assicurazioni; art. G8 - Persone non assicurabili; artt. A1-B1 - Oggetto dell'assicurazione; art. A2 - Determinazione delle garanzie prestate e dei capitali assicurati - Criteri di ripartizione; artt. A4-B3 - Limiti di età; artt. A7-B8 - Franchigie; artt. A9-B10 - Non rinnovabilità del contratto in seguito a grave invalidità permanente; Art. 11 - Indennitaria forfettaria; art. A14 - Attività diversa da quella dichiarata; art. B2 - Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato; art. B4 - Aggiornamento del premio per età; art. B5 - Periodi di carenza; art. B12 - Prestazioni per intervento chirurgico; art. B13 - Classificazione degli interventi chirurgici; art. B14 - Interventi chirurgici effettuati contemporaneamente su più organi; art. B15 - Diaria da ricovero; art. C1 – Denuncia del sinistro e obblighi in caso di sinistro; art. C2 - Criteri di liquidazione; art. C3 – Procedura per la valutazione del danno.

B) 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 garanzia sottoscritta,

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 

Il Contraente dichiara altresì:

- di aver ricevuto copia del documento ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018 contenente, tra l'altro, i dati essenziali sull'Intermediario e sull'attività svolta, completata in ogni sua parte dall'Intermediario;
- di aver ricevuto copia della dichiarazione ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018, riepilogativa dei principali obblighi di comportamento a cui gli Intermediari sono tenuti;
- 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..

IL CONTRAENTE 

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
<input type="checkbox"/> Family Protection Specialist*	Cognome e Nome			Codice

*barrare se di supporto nella trattativa con il Contraente