



MODULO DI ADESIONE

alla Polizza Collettiva n. 984-52-4304228 "Mediolanum Polizza Protezione Prestito" tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Data di ultimo aggiornamento 02/04/2021

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

Pratica Finanziamento N: _____

Durata copertura assicurativa pari alla durata del finanziamento (mesi): _____

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

AGEVOLAZIONI

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

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 1

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____
Codice cliente _____ Percentuale di indennizzo 25% 50% 75% 100%
 Lavoratore dipendente privato* **Altro (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***
* Le definizioni sono riportate nel prosieguo del presente modulo
ID Raccomandazione Personalizzata _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Ai fini della presente copertura assicurativa, l'Aderente/Assicurando 1 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

- è mai stato affetto da:
 - tumori maligni NO SI
 - angina pectoris o ictus o infarto miocardico NO SI
 - epatite B o C NO SI
 - cirrosi epatica NO SI
 - broncopneumatie croniche ostruttive NO SI
 - diabete NO SI
 - insufficienza renale cronica NO SI
 - epilessia NO SI
 - infezione da HIV o AIDS NO SI
 - paralisi o deficit motori NO SI
 - sindromi organiche cerebrali NO SI
 - malattie neurologiche degenerative NO SI
 - malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici NO SI
 - cecità mono o bi-oculare NO SI
- le è mai stata riconosciuta da enti pubblici o privati un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, oppure è attualmente in corso la valutazione. NO SI

Se ad una delle domande è stato risposto in maniera affermativa è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione da parte degli enti preposti del grado di invalidità con indicata la motivazione di tale invalidità o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario, nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Avvertenza: 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.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 2

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Codice cliente _____ Percentuale di indennizzo 25% 50% 75% 100%

Lavoratore dipendente privato* **Altro (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)***

* Le definizioni sono riportate nel prosieguo del presente modulo

ID Raccomandazione Personalizzata

QUESTIONARIO SANITARIO

Ai fini della presente copertura assicurativa, l'Adereute/Assicurando 2 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:

- è mai stato affetto da:
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| tumori maligni | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| angina pectoris o ictus o infarto miocardico | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| epatite B o C | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| broncopneumatie croniche ostruttive | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| diabete | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| insufficienza renale cronica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| epilessia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| infezione da HIV o AIDS | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| paralisi o deficit motori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| sindromi organiche cerebrali | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie neurologiche degenerative | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| cecità mono o bi-oculare | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
- le è mai stata riconosciuta da enti pubblici o privati un'Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, oppure è attualmente in corso la valutazione.
- NO SI

Se ad una delle domande è stato risposto in maniera affermativa è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo: in caso di invalidità permanente > 10% allegare certificazione da parte degli enti preposti del grado di invalidità con indicata la motivazione di tale invalidità o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario, nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Adereute/Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Avvertenza: 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.

Firma dell'Adereute/Assicurando 2 _____

DICHIARAZIONI E FIRME

L'Adereute/Assicurando 1, e l'Adereute/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di voler aderire alla Polizza collettiva n. 984/52/4304228 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A..

Il Premio unico e anticipato è determinato dall'importo del Finanziamento, indipendentemente dalla sua durata. Il tasso di Premio lordo è 4,50% per massimali fino a 250.000 €; 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000 €.

Il Premio unico e anticipato è determinato come di seguito indicato:

Lavoratore dipendente privato

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Perdita di lavoro:
Importo del Finanziamento x 4,50% per massimali fino a 250.000 € o x 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000 €.

Lavoratore Autonomo/Dipendente Pubblico/Non Lavoratore

Premio per le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Grande Intervento Chirurgico:
Importo del Finanziamento x 4,50% per massimali fino a 250.000 € o x 3,50% per la quota parte di massimale superiore e fino a 500.000 €.

Il premio assicurativo dovuto nella misura pari ad euro _____ sarà aggiunto all'importo richiesto a titolo di prestito e successivamente detratto dall'importo erogato.

Il totale dei costi a carico dell'Adereute/Assicurando 1 e dell'Adereute/Assicurando 2 (ove presente), è pari ad euro _____ di cui euro _____ rappresenta l'importo percepito dal Distributore a titolo di provvigione.

Resta inteso che, al variare dell'importo erogato a titolo di finanziamento, l'importo del premio e/o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche. In caso di variazioni, l'importo del Premio effettivamente dovuto sarà comunicato all'Adereute/Assicurato.

L'Adereute/Assicurato 1, e l'Adereute/Assicurando 2 (ove presente), prende/ono atto della facoltà di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso (Data di decorrenza), secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione. In tal caso il premio versato - al netto delle spese amministrative (pari a Euro 25) sarà rimborsato e potrà, in tutto o in parte, essere utilizzato per ridurre il debito residuo del finanziamento, alle condizioni e con le modalità previste nel contratto del finanziamento da lei stipulato.

L'Adereute/Assicurando 1, e l'Adereute/Assicurando 2 (ove presente), inoltre, prende/ono atto che, trascorso detto periodo, ha/hanno facoltà di recedere ad ogni ricorrenza annuale della polizza con un preavviso minimo di 60 giorni, secondo le medesime modalità sopra indicate. In questi ultimi casi avrà/avranno diritto alla restituzione del premio versato, al netto delle spese amministrative (pari a Euro 25), delle imposte versate e della eventuale quota relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, con efficacia dalla fine dall'annualità assicurativa in cui tale facoltà è stata esercitata.

Coperture scelte Assicurando 1	Premio Lordo
Decesso da Infortunio	€
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Totale Assicurando 1	€
Coperture scelte Assicurando 2	
Decesso da Infortunio	€
Invalità Permanente da Infortunio	€
Invalità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Totale Assicurando 2	€
TOTALE PREMIO*	€

* Nel Premio è compresa la copertura assicurativa "Premio Futuro", offerta gratuitamente da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e operante dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, fatto salvo il periodo di carenza, fino alla scadenza del finanziamento. Per i dettagli si rinvia a quanto disciplinato all'Art. 4.6 delle Condizioni di Assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento. In considerazione delle finalità della polizza e dell'esigenza manifestata dal contraente, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento anche in caso di collocamento della polizza a distanza, fermo il diritto di recesso entro il termine di 60 giorni contrattualmente pattuito.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), si impegna/no a comunicare tempestivamente alla Compagnia ogni variazione alla propria condizione occupazionale, come sopra indicata. In tali casi l'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove previsto) è/sono consapevole/i che la compagnia attiverà la copertura assicurativa prevista per la nuova condizione occupazionale.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), - essendo stato/i avvertito/i della possibilità di ricevere gratuitamente la documentazione informativa e contrattuale, su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie/igono la modalità:

NON CARTACEA (file pdf) CARTACEA

Se scelto il formato elettronico PDF, in sostituzione di quello cartaceo, dichiara/no 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/Sono informato/i 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.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente) dichiara/no 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.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no infine 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.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente) in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di un consulente della Banca, conferma/no di avere 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.

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di essere informato/i 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. Home Insurance).

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi della vigente normativa in materia dei dati personali nel quadro del Regolamento UE 2016/679 e di voler prestare il consenso al trattamento dei dati di natura particolare.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

L'Aderente/Assicurando 1, e l'Aderente/Assicurando 2 (ove presente), dichiara/no di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare: Art. 1 "Persone assicurabili"; Art. 5 "Persone non assicurabili"; Art. 9 "Esclusioni dall'Assicurazione"; Art. 9.1 "Esclusioni per la garanzia Malattia Grave"; Art. 9.2 "Esclusioni per la garanzia Perdita di Lavoro (solo per Lavoratori Dipendenti Privati)"; Art. 9.3 "Esclusioni per la garanzia Grande Intervento Chirurgico (solo per Non Lavoratori Dipendenti Privati)"; Art. 11 "Denuncia del Sinistro e Obblighi dell'Assicurato"; Art. 17 "Effetto e decorrenza dell'Assicurazione"; Art. 18 "Cessazione e durata della copertura assicurativa"; Art. 19 "Estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento"; Art. 20 "Diritto di recesso"; Art. 22 "Beneficiari".

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 _____

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 _____

GLOSSARIO

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

ALTRO:

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

Ai sensi della presente polizza, sono assimilati ai Lavoratori Autonomi:

- coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 comma 1 D.P.R. n. 917/86 lett. a) lavoratori soci di cooperative; c) borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, g) indennità parlamentari ed assimilate;

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

- **Lavoratore Dipendente 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.

- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente (privato né pubblico). Sono altresì considerati non lavoratori i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di adesione

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



Firma

Codice

Codice Area

Cognome e Nome Credit&Protection Specialist

Codice Credit&Protection Specialist