

Condizioni di Assicurazione

Mediolanum Life Protection

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA
PER IL CASO DI MORTE A PREMIO UNICO

Edizione 06/02/2026

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Chiari e Comprensibili Ed. 2024" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA.

È un prodotto di





Gentile Cliente,

desideriamo presentare in breve la nostra proposta di assicurazione pensata per proteggere la stabilità economica delle persone a lei care in caso di decesso della Persona assicurata. Stiamo parlando di **Mediolanum Life Protection**.

A COSA SERVE

È la nostra polizza a premio unico, con adesione facoltativa, che protegge la Persona assicurata titolare o garante di un mutuo concesso da Banca Mediolanum (mutuo c.d. fondiario).

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone che hanno fra 18 e 65 anni al momento della firma del modulo di proposta e che, alla scadenza della polizza, non superino gli 80 anni.

COSA OFFRE

È una polizza "temporanea caso morte" che copre il decesso della persona assicurata, dovuto a infortunio o malattia, se si verifica prima della scadenza della polizza stessa. La Compagnia paga il capitale assicurato pari al debito residuo del mutuo alla data del decesso in base al piano di ammortamento originario del mutuo.

LIMITI E ESCLUSIONI

Prevede limitazioni e esclusioni che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento del capitale assicurato. Inoltre, sono presenti periodi di carenza, che decorrono da quando è attiva la copertura, durante i quali la persona assicurata non è coperta.

Per facilitare la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo scelto di usare un linguaggio più semplice e immediato, inserendo anche dei box di consultazione che vogliono essere un aiuto per rispondere a dubbi o domande e sono identificati da queste scritte:



Rispondiamo a un dubbio



Facciamo un esempio

È importante prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante, a quelli in **Corsivo** che identificano le definizioni richiamate nel Glossario e al riquadro **arancione** per le coperture escluse (le esclusioni), **fucsia** per i periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'indennizzo (i periodi di carenza) e in **blu** il capitale assicurato. Se si sta leggendo il documento in formato elettronico PDF, i termini in Corsivo sono dei link che rimandano sia alle definizioni nel glossario sia agli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Alcuni articoli richiedono necessariamente l'utilizzo dei termini usati in medicina, per la cui comprensione può essere utile l'aiuto di un medico.

Le ricordiamo, infine, che accedendo all'area riservata del sito internet www.mediolanumvita.it può consultare e gestire telematicamente la sua posizione assicurativa (c.d. Home Insurance), oppure può sempre contattare il suo Family Banker di Banca Mediolanum.

Buona lettura!

Con i miei migliori saluti,

Mediolanum Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Alberto Rossi



INDICE

GLOSSARIO	4 di 24
CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	6 di 24
Art. I Che polizza è Mediolanum Life Protection e cosa protegge.....	6 di 24
Art. 2. Chi può essere assicurato con Mediolanum Life Protection	6 di 24
Art. 3. Domande per valutare le condizioni generali della Persona assicurata (il Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva - il Questionario Anamnestico - il Rapporto di visita medica).....	6 di 24
Art. 4. Garanzia Decesso.....	7 di 24
CHE COSA NON È ASSICURATO?	8 di 24
Art. 5. Chi non può essere assicurato con Mediolanum Life Protection	8 di 24
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	8 di 24
Art. 6. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga il Capitale Assicurato (periodi di carenza)	8 di 24
Art. 6.I Casi in cui non si applica il periodo di carenza di 6 mesi	9 di 24
Art. 7. Dove sono valide le garanzie	9 di 24
Art. 8. Casi in cui non si ha diritto a ricevere il Capitale Assicurato (le esclusioni)	10 di 24
CHE OBBLIGHI HO?	11 di 24
Art. 9. Dichiarazioni della Persona assicurata	11 di 24
Art. 10 Modifica dell'attività professionale o sportiva e dello stato di fumatore della Persona assicurata	11 di 24
GESTIONE DEI SINISTRI	12 di 24
Art. 11. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)	12 di 24
Art. 12. In quanto tempo la Compagnia paga il Capitale Assicurato.....	13 di 24
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	14 di 24
Art. 13. Il Premio di polizza	14 di 24
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	15 di 24
Art. 14. Da quando è valida la Polizza (conclusione del contratto di assicurazione)	15 di 24
Art. 15. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza della copertura)	16 di 24
Art. 16. Quanto dura la Polizza e da quando non si è più assicurati	16 di 24
Art. 17. Rimborso anticipato o trasferimento del mutuo.....	16 di 24
Art. 17.I. Rimborso anticipato di una parte del mutuo (estinzione anticipata parziale)	16 di 24
Art. 17.2. Rimborso anticipato dell'intero mutuo (estinzione anticipata totale).....	17 di 24
COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO? 18 di 24	18 di 24
Art. 18. Diritto di ripensamento (la revoca e il recesso).....	18 di 24
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	19 di 24
Art. 19. I costi applicati al premio di polizza.....	19 di 24
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	22 di 24
Art. 20. Riscatto, riduzione e prestiti	22 di 24



	ALTRÉ DISPOSIZIONI	22 di 24
	Art. 21. Beneficiari del Capitale assicurato.....	22 di 24
	Art. 22. Modalità di comunicazione.....	23 di 24
	Art. 23. Modifiche delle condizioni di assicurazione.....	23 di 24
	Art. 24. Chi può far valere i diritti e gli obblighi che derivano dalla polizza	23 di 24
	Art. 25. La cessione della polizza (il cambio di contraenza)	23 di 24
	Art. 26. Legge applicabile alla polizza	24 di 24
	Art. 27. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)	24 di 24
	Art. 28. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente).....	24 di 24
	Art. 30. L'area riservata del sito internet (Home Insurance).....	24 di 24

GLOSSARIO

Riportiamo le definizioni dei termini utilizzati e che ritrova scritti in Corsivo in queste Condizioni di Assicurazione. Tutte s'intendono sia al singolare sia al plurale.

Beneficiario

Chi viene scelto dal contraente per ricevere il capitale assicurato di questa polizza se muore la persona assicurata. Possono essere designati anche più beneficiari.

Capitale assicurato (o Prestazione)

La somma dovuta dalla Compagnia al beneficiario, o ai beneficiari, se muore la persona assicurata.

Compagnia

Mediolanum Vita S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Contraente

Chi stipula il contratto di assicurazione per proteggere sé stesso perché coincide con la persona assicurata; può gestire il contratto e ha obblighi e diritti. Deve avere residenza anagrafica in Italia.

Documento di polizza

Il documento che la Compagnia invia al contraente se accetta la sua proposta di polizza. Con questo documento, che prova l'esistenza della polizza, lo informa anche del fatto che è coperto in caso di decesso per il capitale assicurato riportato sullo stesso, e da quando inizia la copertura.

Durata della polizza

Periodo durante il quale la persona assicurata è protetta e coincide con la durata originaria del mutuo (comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento), cui la polizza è abbinata.

Età assicurativa

L'età della persona assicurata alla data di sottoscrizione del modulo di proposta o a quella di scadenza della polizza. Viene espressa in anni interi, arrotondando per eccesso le eventuali frazioni d'anno pari o superiori a 6 mesi (cioè arrotondiamo la sua età anagrafica all'anno successivo se ha compiuto gli anni da almeno 6 mesi) e per difetto le frazioni d'anno inferiori a 6 mesi (cioè consideriamo l'età compiuta da poco).

Infortunio

È l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa alla persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili (per esempio una caduta dalle scale).

Malattia

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (per esempio diabete).

Modulo di Proposta (Proposta di Assicurazione)

Il modulo della Compagnia che deve essere compilato e firmato per chiedere di essere protetti con la Polizza "Mediolanum Life Protection", contiene informazioni e dichiarazioni rilevanti per la validità della polizza stessa.

Mutuo (mutuo c.d. fondiario)

È un finanziamento a medio/lungo termine la cui durata in genere va da un minimo di 5 a un massimo di 30 anni, finalizzato all'acquisto e/o alla ristrutturazione di un immobile. Può essere garantito da un'ipoteca sull'immobile (garanzia ipotecaria) e deve essere rimborsato con il pagamento periodico di rate comprensive di capitale e interessi.

(piano di ammortamento), con tasso che può essere fisso, variabile o misto. Per questa polizza l'immobile oggetto del mutuo può essere adibito solo a uso di civile abitazione.

Persona assicurata

La persona fisica, residente in Italia, che ha tra 18 e 65 anni al momento della firma del modulo di proposta e dell'attivazione della polizza e al massimo 80 anni quando scade la polizza e è protetta in caso di decesso (fino a quando la Compagnia non comunica l'attivazione della polizza la definiamo assicurando). Coincide con il contraente e deve essere uno dei titolari del mutuo o un garante dello stesso. Deve dare informazioni vere, corrette e complete sul suo stato di salute.

Polizza

Il contratto con cui una Compagnia di assicurazione, a fronte del pagamento di una somma prestabilita (il premio), si fa carico della copertura di un rischio al posto della persona assicurata e si obbliga a pagare al beneficiario, o ai beneficiari, il capitale assicurato previsto dal contratto stesso se si verifica la sua morte.

Premio

La somma di denaro che è necessario pagare alla Compagnia per avere la copertura assicurativa prevista dalla polizza.

Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva

Il documento che la persona assicurata deve compilare per fornire alla Compagnia informazioni sul proprio stato di salute, sulle sue abitudini di vita e sulla sua attività professionale e sportiva. Tali informazioni sono utili e necessarie a stabilire se questa persona può essere protetta.

Sinistro

L'evento dannoso al verificarsi del quale è prestata la copertura assicurativa, se ricorrono le condizioni previste dalla polizza; in questa polizza coincide con la morte della persona assicurata.



CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 Che polizza è Mediolanum Life Protection e cosa protegge

Mediolanum Life Protection è una *Polizza* “temporanea caso morte” (in breve TCM), cioè un contratto di assicurazione sulla vita, tra Mediolanum Vita (noi o la *Compagnia*) e il *Contraente*, pensata per proteggere e quindi assicurare, a fronte del pagamento di un *Premio* unico, la capacità di pagare il *Mutuo* a cui può essere abbinata. La *Compagnia* riconosce infatti al *Beneficiario*, o ai beneficiari, una somma di denaro (cioè il *Capitale assicurato*) per estinguergli se si verifica il decesso della *Persona assicurata* (cioè il *Sinistro*) dopo che la *Polizza* è stata attivata e prima della sua scadenza.

Il *Capitale assicurato* è, infatti, pari al debito residuo del *Mutuo* stipulato con Banca Mediolanum S.p.A. (la *Banca*), in base all'originario piano di Ammortamento, rispettando però sempre i limiti di pagamento indicati al successivo art. 4. Non sono comprese le spese, le imposte e gli eventuali interessi per il mancato o ritardato pagamento delle rate del *Mutuo*.

Questa *Polizza*, la cui durata coincide con quella originaria del *Mutuo*, è facoltativa e non indispensabile per ottenere il *Mutuo* stesso.

Art. 2. Chi può essere assicurato con Mediolanum Life Protection

Con questa *Polizza* può essere assicurato chi ha richiesto un *Mutuo* alla *Banca* (*Mutuo c.d. fondiario*) oppure chi ne garantisce il pagamento (cioè il “garante”).

Al momento della firma del *Modulo di proposta*, la *Persona assicurata* deve:

- avere la residenza anagrafica in Italia;
- un'età tra 18 e 65 anni e al massimo 80 anni quando scade la *Polizza*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Quando verifichiamo se sono rispettati i limiti di età massima della *Persona assicurata*, arrotondiamo la sua età anagrafica all'anno successivo se ha compiuto gli anni da almeno 6 mesi (è la c.d. *Età assicurativa*).

Art. 3. Domande per valutare le condizioni generali della Persona assicurata (il Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva - il Questionario Anamnestico - il Rapporto di visita medica)

Per l'attivazione della *Polizza*, la *Compagnia* ha bisogno di fare alcune domande alla *Persona assicurata*, anche nel rispetto dei diritti previsti della Legge Italiana sul c.d. “oblio oncologico”, per conoscere e valutare le sue condizioni generali (cioè lo stato di salute, l'attività professionale e sportiva nonché lo stile di vita e le sue abitudini) e può chiedergli di sottoporsi a visita medica e a eventuali ulteriori accertamenti sanitari.

Quando non serve fare la visita medica?

- Se il *Capitale assicurato* è pari o inferiore a 200.000 euro; in questo caso è necessario compilare solo il *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva*, che è parte integrante del *Modulo di proposta*.
- Se il *Capitale assicurato* è compreso tra 200.000 e 400.000 euro, oppure se la *Persona assicurata* ha più di 60 anni; in questo caso è necessario compilare solo il *Questionario Anamnestico* che contiene domande relative alle informazioni sanitarie, all'attività professionale e sportiva, a cui la *Persona assicurata* deve rispondere per completare l'iter assuntivo di *Polizza*.

Anche nei casi sopra descritti, la *Persona assicurata* può sempre chiedere di sottoporsi a visita medica.

Quando serve fare la visita medica?

- Se il *Capitale Assicurato* è compreso tra 400.000 e 500.000 euro. Dopo la visita, il medico curante (iscritto all'albo dei medici in Italia) deve compilare il Rapporto di visita medica;
- Se il *Capitale Assicurato* è superiore a 500.000 euro, oltre a sottoporsi a visita per far compilare al medico curante (iscritto all'albo dei medici in Italia) il Rapporto di visita medica, servono anche specifici accertamenti sanitari.

I costi delle visite mediche e degli eventuali accertamenti, in base alle tariffe applicate dal medico o dalla struttura sanitaria, sono a carico della *Persona assicurata*.

Quando fa una visita medica, la *Persona assicurata* poi deve inviare alla Compagnia il relativo Rapporto di visita medica.

! È IMPORTANTE SAPERE

Anche se il *Capitale Assicurato* è inferiore a 400.000 euro e la *Persona assicurata* non ha più di 60 anni, la Compagnia può chiedergli di fare una visita medica se è già protetta con noi con altre polizze temporanee per il caso di morte.

Questo perché il nuovo *Capitale Assicurato* deve essere sommato a quello già presente per altre polizze alla data in cui viene compilato il *Modulo di proposta* (in termini assicurativi si parla di cumulo di rischio).



Facciamo un esempio

Come calcoliamo il cumulo di rischio

Capitale Assicurato con Polizza TCM nel 2019: 200.000 euro

Capitale Assicurato con Polizza Life Protection nel 2024: 200.000 euro

Capitale Assicurato rivalutato della Polizza TCM: 200.000 euro + 4.801,10 euro = 204.801,10 euro

Somma Cumulo di Rischio: 204.801,10 euro (Capitale Assicurato rivalutato della Polizza TCM) + 200.000 euro (Capitale Assicurato con Polizza Life Protection) = 404.801,10 euro

La *Persona assicurata* deve fare la visita medica perchè la somma complessiva supera i 400.000 euro.

Art. 4. Garanzia Decesso

La garanzia copre il decesso della *Persona assicurata* causato da qualsiasi evento dannoso (il *Sinistro*), se si verifica prima della scadenza della *Polizza*.

In questo caso, la *Compagnia* paga...

CAPITALE ASSICURATO

... al *Beneficiario* o ai beneficiari una somma di denaro, cioè il *Capitale Assicurato*, pari a quella che deve essere restituita alla Banca per estinguere il *Mutuo* alla data in cui si è verificato il *Sinistro*; quindi, il *Capitale assicurato* si riduce nel tempo con l'avvicinarsi della scadenza del *Mutuo*.

Questa somma:

- è calcolata in base al piano di ammortamento originario del *Mutuo*, meno eventuali rimborsi anticipati di una parte del *Mutuo* per i quali è già stata diminuito l'importo del *Premio* dovuto alla *Compagnia*.
- se a uno stesso *Mutuo* sono collegate più polizze Mediolanum Life Protection (perché il *Mutuo* è cointestato o ci sono dei garanti) è pari, per ciascuna *Polizza*, alla quota parte del debito residuo del *Mutuo* alla data del decesso,



per la quale il *Contraente* è coperto in base al piano di ammortamento originario.

Come calcoliamo questa somma? Diminuendo il debito residuo del *Mutuo* di una percentuale pari al rapporto tra il *Capitale assicurato* indicato sul *Modulo di proposta* e l'importo complessivo del *Mutuo* erogato.



Facciamo un esempio

Pagamento del Capitale assicurato se allo stesso mutuo sono abbinate più polizze Life Protection

Mutuo di € 200.000 cointestato fra 2 persone a cui ciascuno abbinà una polizza Mediolanum Life Protection con capitale assicurato di € 100.000 (pari al 50% dell'importo di mutuo erogato).

Se uno dei cointestatari muore, la Compagnia paga al beneficiario un Capitale pari alla metà del debito residuo del mutuo alla data della morte (in base al piano originario di ammortamento). Quindi, se il debito residuo del mutuo è pari a € 50.000 verrà pagata una somma pari a € 25.000.



Facciamo un esempio

Pagamento del Capitale assicurato se al mutuo è abbinata solo 1 polizza Life Protection

Mutuo di € 200.000 cointestato fra 2 persone a cui solo una abbinà la polizza Mediolanum Life Protection con capitale assicurato di € 200.000 (100% dell'importo di mutuo erogato).

Se la persona assicurata muore, la Compagnia paga al beneficiario un Capitale pari all'intero debito residuo del mutuo alla data della morte (in base al piano originario di ammortamento). Quindi, se il debito residuo del mutuo è pari a € 50.000 verrà pagata una somma pari a € 50.000.

→ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificate le esclusioni (*art. 8*) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (*art. 15*).

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Polizza* si chiude se alla sua scadenza la *Persona assicurata* è in vita. In questo caso, il *Premio* pagato non viene restituito ma resta alla *Compagnia*.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 5. Chi non può essere assicurato con Mediolanum Life Protection

Con questa *Polizza* non possono essere assicurate le persone che non hanno le caratteristiche indicate nell'*art. 2*.

→ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati i casi in cui non si ha diritto a ricevere il *Capitale assicurato* (*art. 8*).



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 6. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga il Capitale Assicurato (periodi di carenza)

Periodo di carenza di 6 mesi

PERIODI DI CARENZA

La *Persona assicurata* è coperta solo dopo che sono passati 6 mesi da quando è attiva la *Polizza*, cioè dalle ore 24 del giorno in cui è stato erogato il *Mutuo* (in termini assicurativi si parla di periodo di carenza). Quindi se decede nei primi 6 mesi, la *Compagnia* non paga al *Beneficiario*, o ai beneficiari, il *Capitale Assicurato* ma rimborsa il *Premio* se regolarmente versato, trattenendo solo le imposte (queste infatti sono dovute per Legge, non sono importi che spettano alla *Compagnia*).

Questo periodo di carenza può comunque essere escluso, come specifichiamo all'*art. 6.I*.

Periodi di carenza di 5 e 7 anni

PERIODI DI CARENZA

Oltre al periodo di carenza di 6 mesi, la *Compagnia* rimborsa sempre il *Premio* e non paga quindi il *Capitale assicurato*, anche se il decesso della *Persona assicurata* è conseguenza diretta della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) oppure di altra *Malattia* a essa collegata, e avviene:

- entro i primi 5 anni da quando la *Polizza* è attiva, indipendentemente che sia stata fatta oppure no la visita medica;
- entro i primi 7 anni da quando la *Polizza* è attiva, se la *Persona assicurata* ha fatto la visita medica ma non gli ulteriori esami clinici richiesti dalla *Compagnia* per accettare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Questi periodi di carenza di 5 e 7 anni **NON** possono essere esclusi anche se la *Persona assicurata* fa la visita medica.

Art. 6.1 Casi in cui non si applica il periodo di carenza di 6 mesi

La *Persona assicurata* può chiedere di escludere l'applicazione del periodo di carenza di 6 mesi quando viene compilato il *Modulo di proposta*; per farlo deve rispondere alle domande del *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva*, oltre a farsi visitare dal proprio medico (iscritto all'albo dei medici in Italia), come indicato all'*art. 3*.

Oltre al caso sopra descritto, la *Compagnia* non applica **MAI** il periodo di carenza di 6 mesi se la *Persona assicurata* decide a causa di:

- un *Infortunio*;
- uno shock anafilattico;
- una malattia tra tifo, paratifo, tetano, differite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica.

Per tutti i casi in cui non si applica il periodo di carenza di 6 mesi, la *Compagnia* paga al *Beneficiario*, o ai beneficiari, il *Capitale assicurato* se accadono o si manifestano dopo l'attivazione della *Polizza*.



Rispondiamo a un dubbio

Se la persona assicurata sottoscrive la polizza senza chiedere di escludere il periodo di carenza (quindi non fa la visita medica) e decide per un infarto dopo 3 mesi da quando la polizza è attiva, la Compagnia paga al beneficiario il capitale assicurato?

No, perché l'infarto non è tra le malattie che escludono in automatico l'applicazione del periodo di carenza. In questo caso, la *Compagnia* paga al beneficiario, o ai beneficiari, una somma pari al premio versato.

Art. 7. Dove sono valide le garanzie

La garanzia è valida in tutto il mondo tranne che nei Paesi segnalati come "a rischio" dal Ministero degli Affari Esteri che sconsiglia di andarci per qualsiasi motivo. Per verificare se si sta viaggiando verso un Paese a rischio bisogna controllare il sito www.viaggiaresicuri.it. Se la *Persona assicurata* si trova già in uno di questi Paesi quando il Ministero degli Affari Esteri ne segnala la pericolosità, è coperta per un periodo massimo di 14 giorni dalla data dell'avviso.



Art. 8. Casi in cui non si ha diritto a ricevere il Capitale Assicurato (le esclusioni)

Non si ha diritto a ricevere il *Capitale Assicurato* se il decesso avviene:

ESCLUSIONI

- per azioni commesse dalla stessa *Persona assicurata* oppure dal *Beneficiario* o dai beneficiari, con l'intenzione di ottenere dalla *Compagnia* il *Capitale assicurato* (in termini giuridici si parla di dolo);
- per reati considerati dalla Legge di maggiore gravità che la *Persona assicurata* ha fatto o cercato di fare in maniera volontaria (in termini giuridici si parla di delitto doloso e delitto tentato, come previsto dal Codice Penale) o le azioni che ha compiuto o permesso a altri di compiere per fare del male a sé stesso;
- per la partecipazione attiva della *Persona assicurata* a fatti di guerra, a meno che non sia dovuta a obblighi verso lo Stato italiano. In questo caso la copertura assicurativa può essere fornita, su richiesta del *Contraente*, alle condizioni che vengono stabilite dal Ministero competente;
- per incidente di volo, se la *Persona assicurata* viaggia a bordo di qualsiasi mezzo di trasporto aereo, anche quelli per il volo da diporto, cioè piccoli aerei privati, non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto;
- per suicidio della *Persona assicurata* nei primi 2 anni da quando la *Polizza* è attiva;
- per abuso di alcool e psicofarmaci, o uso non legato a prescrizioni mediche di stupefacenti, allucinogeni e simili sostanze psicotrope;
- per aver partecipato a missioni umanitarie in uno dei Paesi indicati dal Ministero degli Affari Esteri come Paesi a rischio verso i quali ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. Se la Missione deriva da obblighi verso lo Stato italiano la copertura assicurativa può essere fornita, su richiesta del *Contraente*, alle condizioni che vengono stabilite dal Ministero competente.



Rispondiamo a un dubbio

Se la persona assicurata è un militare (esercito, marina militare, etc) e muore partecipando a una missione umanitaria in un Paese a rischio, la Compagnia paga il capitale assicurato al beneficiario o ai beneficiari?

No, nel periodo in cui la persona assicurata svolge missioni in Paesi a Rischio, o che diventano "a rischio" durante la missione, il decesso non è coperto e non viene di conseguenza liquidata alcuna somma.



Rispondiamo a un dubbio

Se la persona assicurata subisce un infortunio o si ammala, anche gravemente, ma non muore, la Compagnia paga il capitale assicurato al beneficiario o ai beneficiari?

No, anche se l'infortunio o la malattia sono molto gravi ma non comportano la morte della persona assicurata, la Compagnia non paga alcuna somma se l'infortunio o la malattia non comportano la sua morte.

! È IMPORTANTE SAPERE

In tutti i casi sopra elencati, la *Compagnia* non paga il *Capitale assicurato* ma SOLO l'importo della riserva matematica, relativo alla singola *Polizza*, calcolato al momento del decesso.



Approfondiamo cos'è la Riserva Matematica

È l'importo degli accantonamenti obbligatori che la *Compagnia* è tenuta a effettuare per far fronte ai propri impegni contrattuali nei confronti degli assicurati.

La *Compagnia* può applicare ulteriori esclusioni se la *Persona assicurata* svolge specifiche attività sportive o professionali. In questo caso, inviamo al *Contraente* l'apposito documento che ci deve restituire firmato se accetta queste esclusioni.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 9. Dichiarazioni della Persona assicurata

La *Persona assicurata* deve fornire dichiarazioni vere, corrette e complete (in termini giuridici non deve rendere dichiarazioni inesatte o reticenti, come previsto dal Codice Civile) su aspetti che influiscono sulla decisione della *Compagnia* di proteggerla o non proteggerla (per esempio la *Persona assicurata* non ha dichiarato di avere una *Malattia*).

Se la *Persona assicurata* lo fa con l'intenzione di ricevere il pagamento del *Capitale Assicurato* quando non ne avrebbe diritto (cioè con dolo) o per negligenza, imprudenza o imperizia (cioè con colpa grave), la *Compagnia* può annullare il contratto di assicurazione, cioè la *Polizza*, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta.

Se il *Sinistro* si verifica prima che annulliamo la *Polizza*, non paghiamo al *Beneficiario*, o ai beneficiari, il *Capitale Assicurato*.

La *Compagnia* ha diritto, comunque, di trattenere i premi già incassati per coprire la *Persona assicurata* fino al giorno dell'annullamento della *Polizza*.

Se invece non c'è dolo o colpa grave, solo entro i primi 6 mesi da quando la *Polizza* è attiva, la *Compagnia* può chiuderla, cioè recedere dal contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta. Se il *Sinistro* si verifica prima che chiudiamo il contratto oppure prima che scopriamo che la dichiarazione non era vera e corretta, riduciamo il *Capitale Assicurato* da pagare al *Beneficiario*, o ai beneficiari, in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo saputo la verità.

! È IMPORTANTE SAPERE

- Dopo 6 mesi da quando la *Polizza* è attiva, la *Compagnia* può contestare la dichiarazione non vera o non corretta solo se c'è dolo o colpa grave.
- Se l'*Età* della *Persona assicurata* non è corretta, la *Compagnia* anziché recedere dalla *Polizza* ricalcola il *Premio* dovuto in base alla sua *Età* reale.
- Se la *Persona assicurata* non fornisce alla *Compagnia* informazioni vere, corrette e complete, i beneficiari potrebbero perdere in tutto o in parte il diritto a ricevere il *Capitale assicurato* in caso di *Sinistro*.

Art. 10 Modifica dell'attività professionale o sportiva e dello stato di fumatore della Persona assicurata

La *Persona assicurata* deve comunicare il prima possibile alla *Compagnia*, tramite raccomandata o con PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, se ha cambiato attività professionale o sportiva, cioè il lavoro o lo sport che fa, nonché se inizia o ricomincia a fumare rispetto a quando ha compilato il *Modulo di proposta*. Queste informazioni ci servono per verificare se la probabilità che si verifichi il decesso aumenta in modo che se fosse stata presente al

momento della sottoscrizione della *Polizza* e la *Compagnia* l'avesse conosciuta non avrebbe potuto aprirla oppure avrebbe fatto pagare un *Premio* più alto (in termini giuridici si parla di aggravamento del rischio come previsto dal Codice Civile). In pratica, dobbiamo verificare se la probabilità che si verifichi il decesso aumenta rispetto all'attività o alle abitudini dichiarate quando firma il *Modulo di proposta*.

Se la *Compagnia* ritiene ci sia un aggravamento del rischio, entro 15 giorni da quando lo viene a sapere può proporre al *Contraente*, con apposito documento, un *Premio aggiuntivo* che deve accettare o rifiutare entro 15 giorni da quando riceve la comunicazione.

Anziché aumentare il *Premio*, la *Compagnia* può proporre un'esclusione per determinate attività sportive o professionali, come anticipato all'*art. 8*. Anche in questo caso inviamo al *Contraente* l'apposito documento che ci deve restituire firmato, sempre entro 15 giorni da quando lo riceve, se accetta o rifiuta questa esclusione.

Se il *Contraente* accetta il pagamento del *Premio aggiuntivo* o l'esclusione, manteniamo attiva la *Polizza*. In caso di esclusione, le nuove condizioni hanno effetto dalla data in cui il *Contraente* ci ha comunicato l'aggravamento del rischio.

Se il *Contraente* rifiuta il pagamento del *Premio aggiuntivo* o l'esclusione, la *Compagnia* chiude subito la *Polizza*.

Se la *Compagnia* propone una esclusione e il *Contraente* non ci risponde entro i 15 giorni consideriamo come accettate le nuove condizioni.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se la *Persona assicurata* non comunica l'aggravamento del rischio o muore nei 15 giorni da quando ce lo comunica, la *Compagnia* può diminuire il *Capitale assicurato* in caso di *Sinistro* in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo saputo la verità (come spieghiamo all'*art. 9*); in alternativa, potrebbe rifiutare il pagamento se non avesse potuto aprire la *Polizza*.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. II. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)

Del decesso della *Persona assicurata* va informata la *Compagnia*, cioè bisogna denunciare il *Sinistro*, per richiedere il pagamento del *Capitale assicurato* e indicare come il *Beneficiario*, o i beneficiari, vogliono riceverlo. La richiesta può essere fatta con uno dei seguenti modi:

-  posta raccomandata a Mediolanum Vita S.p.A., Palazzo Meucci, Via E. Doris, 20079 Basiglio, Milano 3 - Milano
-  e-mail: mediolanumvita@pec.mediolanum.it
-  contattando il Family Banker

Nel momento in cui la *Compagnia* riceve la denuncia di *Sinistro*, viene aperta la relativa pratica e, se serve, viene chiesto di inviare l'ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla *Compagnia*, oltre a quella che deve essere mandata insieme alla denuncia.

! È IMPORTANTE SAPERE

Insieme alla denuncia di *Sinistro*, che deve essere fatta compilando e firmando l'apposito modulo oppure in carta semplice, devono essere trasmessi alla *Compagnia*:

- il certificato di decesso della *Persona assicurata* rilasciato, in carta semplice, dall'Ufficio di Stato Civile del



Comune di residenza della *Persona assicurata* o di quello in cui è avvenuto il decesso;

- la documentazione utile a identificare il *Beneficiario* o i beneficiari;
- la relazione sulle cause di decesso della *Persona assicurata*, che deve contenere l'anamnesi patologica prossima e remota, e l'indicazione della data di inizio della malattia che ha causato il decesso. Questa relazione, compilata dal medico curante (iscritto all'albo dei medici in Italia), può essere fatta su un modulo fornito dalla *Compagnia* oppure su un altro documento che però deve contenere le stesse informazioni.

Approfondiamo cos'è l'anamnesi patologica prossima e remota

Per anamnesi patologica prossima si intende la descrizione delle malattie avute di recente e dei farmaci assunti con costanza dalla *Persona assicurata*.

Per anamnesi patologica remota, invece, si intende la descrizione delle malattie sofferte e degli interventi subiti dalla *Persona assicurata* in passato.

Oltre ai documenti che abbiamo indicato sopra, la *Compagnia* può chiedere altra documentazione per chiarire come si è verificato il decesso della *Persona assicurata*, per esempio:

- il verbale dell'Autorità Giudiziaria che è intervenuta sul luogo del decesso se questo è avvenuto per *Infortunio*, omicidio o suicidio;
- il decreto di archiviazione emesso a conclusione delle indagini dall'Autorità Giudiziaria competente;
- la copia del referto dell'autopsia (o referto autoptico) e delle indagini tossicologiche, se disponibili;
- la fotocopia delle eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri in una struttura sanitaria (per esempio istituti di cura, centri clinici, ospedali, centri diagnostici e case di cura).

Tutti i costi per la documentazione richiesta dalla *Compagnia* sono a carico di chi denuncia il *Sinistro*.

Art. 12. In quanto tempo la Compagnia paga il Capitale Assicurato

La *Compagnia*, dopo aver verificato che il pagamento sia effettivamente dovuto, si impegna a pagare il *Capitale assicurato* entro 30 giorni di calendario da quando riceve la documentazione. Se sono necessari ulteriori accertamenti o documentazione a causa della natura o della complessità del *Sinistro*, questo termine può essere sospeso e la sospensione viene comunicata prima possibile al *Beneficiario* o ai beneficiari.

Se questo termine non viene rispettato, allora la *Compagnia* paga al *Beneficiario*, o ai beneficiari, anche gli interessi per il ritardo nel pagamento (sono i cosiddetti interessi di mora).

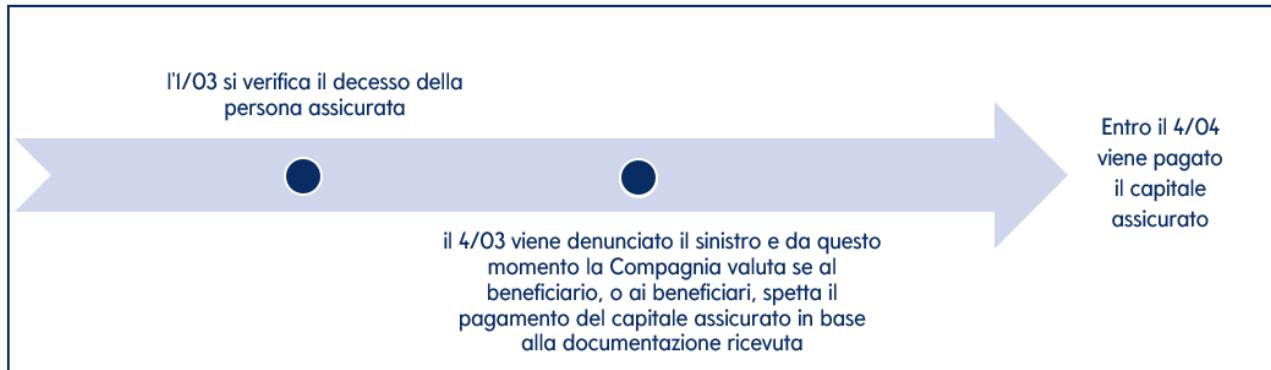
Il pagamento del *Capitale assicurato* è comunque soggetto a tutte quelle verifiche utili a acquisire le informazioni in materia di riciclaggio o finanziamento del terrorismo (cioè la c.d. adeguata verifica antiriciclaggio).

Il *Capitale assicurato* viene pagato in Italia e in euro.



Facciamo un esempio

Riassumiamo quindi in pochi passaggi cosa succede da quando si verifica un *Sinistro* fino al suo pagamento se sono stati inviati al momento della denuncia tutti i documenti necessari, illustrando anche i tempi massimi riferiti a ogni singola scadenza:



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 13. Il Premio di polizza

L'intera somma dovuta alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) viene pagata dal *Contraente*, in via anticipata e in una sola volta, tramite la *Banca* nel momento in cui viene erogato il *Mutuo*. L'importo del *Premio* è finanziato, quindi viene aggiunto a quello del *Mutuo*, viene suddiviso nelle rate da restituire alla *Banca*.

Questa somma è sempre calcolata quando viene compilato il *Modulo di proposta* considerando:

- il *Capitale Assicurato* iniziale;
- la *Durata della Polizza* che coincide con quella originaria del *Mutuo* (compreso l'eventuale periodo di preammortamento);
- l'*Età assicurativa*, lo stato di salute, le abitudini di vita, l'attività professionale e sportiva svolta e lo stato di fumatore o non fumatore della *Persona assicurata*, che devono essere indicati nel *Modulo di proposta*.

Approfondiamo chi per noi è un Non fumatore

È un Non fumatore chi non ha mai fumato sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro nel corso dei 2 anni precedenti alla firma del *Modulo di proposta*.

Dal momento che le informazioni sopra elencate possono cambiare durante il periodo di tempo che passa tra quando è stato sottoscritto il *Mutuo* e quando lo stesso viene erogato, può esserci una differenza tra il *Premio* della *Polizza* calcolato quando viene richiesta la *Polizza* e quello che deve essere effettivamente pagato e indicato alla firma del *Modulo di proposta*.

Se per proteggere la *Persona assicurata* la *Compagnia* deve applicare un sovrappremio (dovuto per esempio al suo stato di salute), allora glielo comunica inviando un documento (in termini giuridici si parla di un'appendice contrattuale) che deve essere firmato, accettando così il sovrappremio, se vuole che sia attivata la *Polizza*.

La *Polizza* prevede la copertura anche durante il periodo di preammortamento del *Mutuo*. Se la sua durata è superiore a 1 mese, viene applicato di mese in mese un *Premio* aggiuntivo a ogni prolungamento del periodo di preammortamento fino a quando viene erogato il *Mutuo*. La maggiorazione è calcolata sulla base dell'importo del *Premio* in proporzione alla *Durata della Polizza*.



Approfondiamo cos'è il preammortamento

Il preammortamento è un accordo che precede la fase di ammortamento e consiste nel rimborsare alla banca rate di soli interessi. La differenza consiste nel fatto che nella fase di ammortamento si inizia a rimborsare il capitale oggetto del Mutuo.

La Compagnia può applicare sconti sul *Premio* alle polizze sottoscritte da: suoi dipendenti o collaboratori continuativi; 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 Conglomerato Finanziario Mediolanum. Queste condizioni vengono applicate anche alle polizze fatte dai rispettivi coniugi e parenti in linea retta (per esempio figli), in linea collaterale (per esempio fratelli e sorelle) e affini (per esempio cognati e suocere) entro il secondo grado. Inoltre, la *Compagnia* o il distributore, quest'ultimo solo su autorizzazione e in accordo con la *Compagnia* stessa, possono applicare sconti sul *Premio* sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 14. Da quando è valida la Polizza (conclusione del contratto di assicurazione)

La validità della *Polizza* dipende da 2 condizioni:

- la valutazione positiva, da parte della *Compagnia*, delle informazioni su stato di salute, attività professionale e sportiva nonché stile di vita e abitudini della *Persona assicurata*, come indicato all'*art. 3*;
- l'erogazione del *Mutuo* da parte di Banca Mediolanum.

In presenza di queste condizioni, la *Compagnia* comunica per iscritto al *Contraente* di aver accettato la proposta e quindi di aver attivato la *Polizza* dopo aver incassato il *Premio*. Da questo momento hanno effetto tutti i diritti e gli obblighi per la *Compagnia* e il *Contraente* e il contratto di assicurazione può dirsi concluso.

Se manca anche solo una delle 2 condizioni, il contratto di assicurazione non si conclude.

La data di validità è indicata sul *Documento di polizza* che viene inviato al *Contraente* per comunicargli di aver accettato la proposta e quindi attivato la *Polizza*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Prima di incassare il *Premio* e attivare la *Polizza*, la *Compagnia* deve fare le necessarie verifiche in materia di antiriciclaggio o finanziamento del terrorismo previste dalla legge italiana.

La *Proposta di polizza*, come previsto dal Codice Civile, ha una validità di 15 giorni dalla data in cui la riceviamo o ci viene inviata (o di 30 se occorre fare una visita medica). Se non può essere accettata, la *Compagnia* lo comunica al *Contraente* e restituisce gli eventuali mezzi di pagamento ricevuti o le somme versate al momento della firma del *Modulo di proposta*.

La *Compagnia* impegna contrattualmente il distributore Banca Mediolanum a inoltrarle i moduli di proposta - compresi quelli relativi a contratti conclusi con Tecniche di comunicazione a distanza - e i relativi mezzi di pagamento, entro e non oltre le ore 19.00 del primo giorno lavorativo successivo a quello in cui li riceve.

Si considerano sempre ricevute presso la sede del distributore anche le operazioni fatte in autonomia dal *Contraente* e la corrispondenza in generale, indirizzate alla *Compagnia*, che vengono inoltrate alla stessa nei tempi sopra indicati. Banca Mediolanum, a propria volta, impegna contrattualmente i propri consulenti finanziari a trasmetterle il prima possibile i moduli di proposta e quelli di operazioni richieste dal *Contraente* e i relativi mezzi di pagamento.

Art. 15. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza della copertura)

Se la *Compagnia* accetta la proposta di *Polizza*, la *Persona assicurata* è coperta dalle ore 24 del giorno indicato nel *Documento di polizza* a condizione che sia stato incassato il *Premio* quando viene erogato il *Mutuo*, e sia passato il periodo di carenza (se non è stato chiesto alla *Compagnia* di escluderne l'applicazione come indicato all'art. 6).

Art. 16. Quanto dura la Polizza e da quando non si è più assicurati

La durata di questa *Polizza* coincide con quella originaria del *Mutuo* stipulato con la *Banca*, compreso anche l'eventuale periodo di preammortamento, a meno che non intervengano modifiche alla durata del *Mutuo* dopo la sua stipulazione.

La copertura assicurativa può finire, e quindi la *Polizza* viene chiusa in automatico, in diversi casi che dipendono:

- dalla durata del *Mutuo*;
- dall'età o dal decesso della *Persona assicurata*.

DURATA DEL MUTUO

La *Persona assicurata* non è più coperta dalle ore 24 del giorno di scadenza originaria del *Mutuo* (giorno di scadenza dell'ultima rata in base all'originale piano di ammortamento) oppure in caso di rimborso anticipato dell'intero *Mutuo* se non ha chiesto di mantenere attiva la *Polizza*.

ETA' O DECESSO

La *Persona assicurata* non è più coperta se compie 80 anni o se muore e cioè si verifica il *Sinistro* coperto da questa *Polizza*.

Art. 17. Rimborso anticipato o trasferimento del mutuo

Art. 17.1. Rimborso anticipato di una parte del mutuo (estinzione anticipata parziale)

Se il *Contraente* ha rimborsato parzialmente il *Mutuo* a *Banca Mediolanum*, la *Compagnia* (a meno che il *Contraente* chieda di mantenere invariato il pagamento del *Capitale assicurato* in caso di *Sinistro* come spieghiamo più avanti) gli restituisce la parte del *Premio* di *Polizza* che non è stata utilizzata per proteggerlo, in proporzione all'importo di *Mutuo* che è stato rimborsato e adeguando il *Capitale assicurato* al *Mutuo* residuo (in termini assicurativi è la quota parte di *Premio* non goduto). Di conseguenza viene ridotto l'importo del *Capitale Assicurato* che viene pagato in caso di *Sinistro*. Per calcolare questa somma si considera la differenza di anni e giorni che c'è tra la scadenza originaria della *Polizza* e la data di estinzione anticipata parziale del *Mutuo*.

La quota parte di *Premio* non utilizzato viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del *Mutuo*; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da *Banca Mediolanum* oppure sia stato chiuso, la *Compagnia* invia un assegno di traenza, a meno che la *Persona assicurata* non dia altre istruzioni. Questo importo viene restituito entro 30 giorni da quando la *Compagnia* è stata informata dell'avvenuto rimborso parziale del *Mutuo* alla *Banca*.



Facciamo un esempio

Restituzione del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale del mutuo
Importo del mutuo: € 130.000
Età della persona assicurata alla stipula del mutuo: 40 anni
Durata del mutuo: 20 anni
Premio unico anticipato: € 3.919,47
Data decorrenza mutuo e copertura assicurativa: 01/07/2024
Data scadenza mutuo e copertura assicurativa: 01/07/2044
Data estinzione parziale mutuo: 11/05/2034
Debito residuo del mutuo alla data di richiesta di estinzione parziale: € 70.000
Estinzione parziale per l'importo di 35.000 euro
Calcolo per la restituzione della quota parte di premio non goduto:
Tempo mancante alla scadenza: 10 anni e 52 giorni
Quota parte di premio da restituire: € 3.919,47 / 20 (anni durata mutuo) x (10+52/365) (periodo di copertura non goduta) x € 35.000 (estinzione parziale) / € 70.000 (debito residuo) = € 993,71.
Premio Totale importo da restituire per estinzione parziale:
2.373,26 euro - 25 euro (spese amministrative) = 2.348,26 euro

In alternativa alla restituzione della quota parte di *Premio*, il *Contraente* può chiedere di mantenere invariato il *Capitale assicurato* in caso di *Sinistro*.

Per continuare a essere protetto alle condizioni previste al momento in cui viene rimborsato parzialmente il *Mutuo*, il *Contraente* deve farne richiesta inviando alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente entro 20 giorni dalla comunicazione di avvenuta estinzione parziale del *Mutuo* da parte della Banca.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se allo stesso *Mutuo* sono abbinate più polizze *Life Protection*, la restituzione della quota parte del *Premio* non goduto viene fatta in base alla differenza percentuale fra il *Capitale assicurato* indicato sul *Modulo di proposta* e l'importo complessivo del *Mutuo* erogato.

Art. 17.2. Rimborso anticipato dell'intero mutuo (estinzione anticipata totale)

Se viene estinto anticipatamente tutto il *Mutuo*, perché viene rimborsato per intero alla Banca, oppure perché viene trasferito presso un'altra banca (c.d. surroga del *Mutuo*) o ceduto a un'altra persona (in termini giuridici si definisce accolto del *Mutuo*), la *Persona assicurata* non è più coperta dalla *Polizza* dopo che sono trascorsi 20 giorni dalla data in cui è stata fatta una di queste operazioni.

La *Compagnia* restituisce al *Contraente* la parte del *Premio* di *Polizza* che non è stata utilizzata per proteggerlo, in proporzione all'importo di *Mutuo* che è stato rimborsato (in termini assicurativi è la quota parte di *Premio* non goduto), al netto di eventuali rimborsi parziali effettuati.

Per calcolare questa somma si considera la differenza di anni e giorni che c'è tra la scadenza originaria della *Polizza* e la data di estinzione anticipata totale, surroga o accolto del *Mutuo*.

La quota parte di *Premio* non utilizzato viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del *Mutuo*; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da Banca Mediolanum oppure sia stato chiuso, la *Compagnia* invia un assegno di traenza, a meno che la *Persona assicurata* non dia altre istruzioni. Tale



importo viene restituito entro 30 (trenta) giorni da quando la *Compagnia* è stata informata dell'avvenuto rimborso anticipato o del trasferimento del *Mutuo* presso un'altra banca.



Facciamo un esempio

Restituzione del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata totale del mutuo
Importo del mutuo: € 130.000
Età della persona assicurata alla stipula del mutuo: 40 anni
Durata del mutuo: 20 anni
Premio unico anticipato: € 3.919,47
Data decorrenza della copertura assicurativa: 01/07/2024
Data scadenza della copertura assicurativa: 01/07/2044
Data scadenza mutuo: 01/07/2044
Data scadenza mutuo: 01/07/2044
Data estinzione totale: 11/05/2034
Calcolo per la restituzione della quota parte di premio non goduto:
Tempo mancante alla scadenza: 10 anni e 52 giorni
Premio da restituire: € 3.919,47 / 20 (anni durata mutuo) x (10+52/365) (quota parte di premio non utilizzato)
= € 1.987,42.

In alternativa alla restituzione della quota parte di *Premio*, il *Contraente* può chiedere di mantenere attiva la *Polizza* sino al termine del piano di ammortamento originario del tuo *Mutuo*, sulla base del quale viene calcolato il *Capitale assicurato*, considerando anche gli eventuali precedenti rimborsi parziali del *Mutuo*, in caso di *Sinistro*.

Per continuare a essere protetto, il *Contraente* deve farne richiesta inviando alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente entro 20 giorni dalla comunicazione di avvenuta estinzione del *Mutuo* da parte della Banca.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se il *Contraente* chiede di mantenere attiva la *Polizza*, in caso di *Sinistro* il *Capitale assicurato* riconosciuto al *Beneficiario* o ai beneficiari è calcolato in base all'originale piano di ammortamento del *Mutuo* stipulato con Banca Mediolanum.

Questa somma viene però ridotta se ci sono stati precedenti rimborsi parziali del *Mutuo*, a seguito delle quali la *Compagnia* ha già ridotto l'importo delle rate di *Premio* ancora da pagare, oppure se allo stesso *Mutuo* sono abbinate più polizze Life Protection, come già spiegato all'*art. 4*.



COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Art. 18. Diritto di ripensamento (la revoca e il recesso)

Vediamo ora in quali casi il *Contraente* può cambiare idea e decidere di chiudere la *Polizza*, cioè esercitare il proprio diritto di ripensamento.

FINO A QUANDO IL CONTRATTO NON È CONCLUSO

Il *Contraente* ha il diritto di cambiare idea e decidere di non aprire più la *Polizza* anche dopo che ha firmato il *Modulo di proposta* (in termini giuridici si parla di revoca della proposta, come previsto dal Codice Civile).

Infatti, finché la *Compagnia* non ha incassato il *Premio* o fatto le proprie verifiche (come detto all'*art. 14*), se il *Contraente* non vuole più aprire questa *Polizza* può inviare una raccomandata o una PEC firmata digitalmente.



DOPO CHE IL CONTRATTO È CONCLUSO

Anche se la **Compagnia** ha incassato il **Premio** e fatto le proprie verifiche (come detto all'art. 14), e cioè il contratto è concluso, il **Contraente** può chiudere la **Polizza** (in termini giuridici esercita il suo diritto di recesso, come previsto dal Codice Civile):

- entro 60 giorni dalla data di attivazione indicata sul *Documento di polizza*;
- in qualunque momento se ha chiesto di mantenerla attiva, dopo aver estinto il **Mutuo**, mandando alla **Compagnia** una raccomandata o una PEC firmata digitalmente.

In tutti i casi che abbiamo elencato sopra, quando la **Compagnia** chiude la **Polizza**, restituisce il **Premio** pagato entro 30 giorni da quando riceve la comunicazione, trattenendo l'eventuale quota parte del **Premio** utilizzato per coprire la **Persona assicurata** ogni giorno prima del ripensamento.

Oltre ai casi che abbiamo visto fino a ora, **anche la Compagnia ha il diritto di chiudere la Polizza** dopo che il contratto è stato concluso.

Infatti, se il **Contraente** non ha più la residenza anagrafica in Italia, deve comunicarlo alla **Compagnia** che, dopo aver ricevuto la notizia, invia una raccomandata per informarlo che la **Polizza** viene chiusa in occasione della prima ricorrenza annuale successiva alla notizia della variazione di residenza.

La quota parte di **Premio** che invece non è stato utilizzato, viene sempre rimborsata in automatico sul conto corrente che è stato usato per pagare le rate del **Mutuo**; nel caso in cui il conto corrente sia di una banca diversa da Banca Mediolanum oppure sia stato chiuso, la **Compagnia** invia un assegno di traenza, a meno che la **Persona assicurata** non dia altre istruzioni.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 19. I costi applicati al premio di polizza

Al **Premio** sono applicati costi per le spese amministrative pari a 100 euro che sosteniamo per emettere e gestire la **Polizza** (sono i c.d. costi fissi) nonché costi percentuali che variano in base all'età e allo stato di fumatore/non fumatore della **Persona assicurata**, come indicato nelle tabelle che riportiamo di seguito:

COSTI FUMATORE

ETA' (in anni)	DURATA DEL MUTUO: 5 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 10 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 15 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 20 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 25 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 30 ANNI
20	64,07%	51,33%	47,22%	44,15%	43,56%	43,51%
21	63,57%	51,15%	47,02%	43,90%	43,29%	43,24%
22	63,27%	51,03%	46,85%	43,67%	43,02%	42,96%
23	63,19%	50,98%	46,71%	43,44%	42,76%	42,69%
24	63,08%	50,89%	46,52%	43,16%	42,45%	42,38%
25	63,23%	50,81%	46,31%	42,87%	42,12%	42,04%
26	63,44%	50,69%	46,07%	42,53%	41,75%	41,68%
27	63,40%	50,43%	45,70%	42,11%	41,32%	41,24%
28	63,50%	50,15%	45,32%	41,65%	40,86%	40,78%
29	63,32%	49,71%	44,83%	41,15%	40,34%	40,26%





ETA' (in anni)	DURATA DEL MUTUO: 5 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 10 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 15 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 20 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 25 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 30 ANNI
30	62,85%	49,14%	44,24%	40,60%	39,80%	39,72%
31	62,21%	48,49%	43,61%	40,03%	39,24%	39,16%
32	61,40%	47,78%	42,95%	39,45%	38,68%	38,59%
33	60,54%	47,04%	42,27%	38,86%	38,12%	38,03%
34	59,65%	46,27%	41,59%	38,27%	37,57%	37,48%
35	58,87%	45,50%	40,91%	37,72%	37,04%	36,96%
36	57,95%	44,69%	40,24%	37,18%	36,53%	36,45%
37	56,94%	43,87%	39,57%	36,66%	36,03%	35,96%
38	55,80%	43,01%	38,89%	36,14%	35,54%	35,49%
39	54,62%	42,16%	38,23%	35,65%	35,09%	35,04%
40	53,44%	41,34%	37,61%	35,19%	34,67%	34,62%
41	52,23%	40,55%	37,02%	34,76%	34,28%	34,24%
42	50,97%	39,76%	36,46%	34,34%	33,90%	33,87%
43	49,67%	39,01%	35,93%	33,95%	33,55%	33,52%
44	48,37%	38,27%	35,42%	33,60%	33,24%	33,21%
45	47,14%	37,61%	34,95%	33,28%	32,95%	32,93%
46	45,97%	36,99%	34,53%	32,99%	32,69%	32,67%
47	44,83%	36,41%	34,11%	32,71%	32,44%	32,42%
48	43,80%	35,86%	33,73%	32,46%	32,22%	32,20%
49	42,74%	35,35%	33,39%	32,23%	32,02%	32,00%
50	41,71%	34,87%	33,08%	32,02%	31,83%	31,83%
51	40,73%	34,44%	32,79%	31,84%	31,67%	Non applicabile
52	39,86%	34,00%	32,52%	31,67%	31,52%	Non applicabile
53	39,04%	33,62%	32,28%	31,51%	31,38%	Non applicabile
54	38,36%	33,28%	32,07%	31,38%	31,26%	Non applicabile
55	37,62%	32,97%	31,88%	31,25%	31,15%	Non applicabile
56	36,92%	32,67%	31,70%	31,14%	Non applicabile	Non applicabile
57	36,23%	32,41%	31,53%	31,04%	Non applicabile	Non applicabile
58	35,61%	32,18%	31,39%	30,95%	Non applicabile	Non applicabile
59	35,01%	31,96%	31,26%	30,86%	Non applicabile	Non applicabile
60	34,50%	31,78%	31,15%	30,79%	Non applicabile	Non applicabile
61	34,02%	31,60%	31,04%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
62	33,70%	31,46%	30,95%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
63	33,38%	31,33%	30,87%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
64	33,07%	31,21%	30,80%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
65	32,77%	31,10%	30,73%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile



COSTI NON FUMATORE

ETA' (in anni)	DURATA DEL MUTUO: 5 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 10 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 15 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 20 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 25 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 30 ANNI
20	71,99%	58,63%	53,81%	50,00%	49,25%	49,16%
21	71,44%	58,40%	53,56%	49,68%	48,89%	48,78%
22	71,22%	58,29%	53,37%	49,40%	48,56%	48,44%
23	71,10%	58,23%	53,19%	49,10%	48,21%	48,07%
24	71,01%	58,15%	52,96%	48,75%	47,79%	47,64%
25	71,23%	58,06%	52,72%	48,37%	47,33%	47,19%
26	71,32%	57,92%	52,40%	47,91%	46,81%	46,66%
27	71,34%	57,62%	51,97%	47,37%	46,20%	46,06%
28	71,45%	57,32%	51,47%	46,79%	45,56%	45,43%
29	71,31%	56,80%	50,86%	46,05%	44,80%	44,67%
30	70,86%	56,14%	50,14%	45,24%	44,01%	43,87%
31	70,29%	55,37%	49,34%	44,41%	43,21%	43,05%
32	69,41%	54,50%	48,48%	43,56%	42,38%	42,23%
33	68,53%	53,60%	47,59%	42,70%	41,57%	41,43%
34	67,61%	52,64%	46,57%	41,80%	40,71%	40,59%
35	66,91%	51,73%	45,60%	40,97%	39,91%	39,81%
36	65,84%	50,68%	44,59%	40,15%	39,14%	39,05%
37	64,82%	49,65%	43,60%	39,37%	38,42%	38,34%
38	63,58%	48,53%	42,62%	38,61%	37,72%	37,65%
39	62,29%	47,26%	41,61%	37,85%	37,04%	36,98%
40	61,00%	46,01%	40,67%	37,15%	36,42%	36,36%
41	59,70%	44,84%	39,79%	36,51%	35,86%	35,80%
42	58,23%	43,66%	38,95%	35,92%	35,33%	35,28%
43	56,73%	42,49%	38,15%	35,38%	34,84%	34,79%
44	55,01%	41,35%	37,37%	34,87%	34,39%	34,35%
45	53,17%	40,34%	36,65%	34,41%	33,98%	33,94%
46	51,26%	39,40%	36,02%	34,00%	33,60%	33,57%
47	49,28%	38,51%	35,44%	33,62%	33,26%	33,24%
48	47,48%	37,69%	34,92%	33,28%	32,96%	32,94%
49	46,20%	37,00%	34,48%	32,98%	32,70%	32,68%
50	44,99%	36,35%	34,07%	32,71%	32,45%	32,44%
51	43,78%	35,76%	33,70%	32,47%	32,23%	Non applicabile
52	42,71%	35,24%	33,36%	32,24%	32,03%	Non applicabile
53	41,70%	34,75%	33,05%	32,04%	31,85%	Non applicabile
54	40,81%	34,33%	32,78%	31,86%	31,69%	Non applicabile
55	39,80%	33,93%	32,53%	31,69%	31,54%	Non applicabile
56	38,80%	33,56%	32,29%	31,54%	Non applicabile	Non applicabile
57	37,89%	33,23%	32,08%	31,40%	Non applicabile	Non applicabile
58	37,11%	32,93%	31,89%	31,28%	Non applicabile	Non applicabile
59	36,54%	32,68%	31,73%	31,17%	Non applicabile	Non applicabile

ETA' (in anni)	DURATA DEL MUTUO: 5 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 10 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 15 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 20 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 25 ANNI	DURATA DEL MUTUO: 30 ANNI
60	36,07%	32,46%	31,58%	31,07%	Non applicabile	Non applicabile
61	35,62%	32,24%	31,44%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
62	35,17%	32,05%	31,32%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
63	34,74%	31,86%	31,20%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
64	34,30%	31,69%	31,09%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
65	33,89%	31,53%	31,00%	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

Art. 20. Riscatto, riduzione e prestiti

Su questa *Polizza* non si possono chiedere riscatti (cioè la possibilità di interrompere i pagamenti dei premi e richiedere indietro quanto già pagato), riduzioni (cioè diminuzioni del *Capitale assicurato*) o prestiti (cioè chiedere una somma di denaro alla *Compagnia* per pagare i premi).



ALTRÉ DISPOSIZIONI

Art. 21. Beneficiari del Capitale assicurato

SCELTA DEI BENEFICIARI (LA DESIGNAZIONE): QUANDO E COME

Il *Contraente*, quando compila il *Modulo di proposta*, deve scegliere uno o più beneficiari:

- in forma nominativa, indicando tutti i dati anagrafici (per esempio il nome, il cognome, il codice fiscale, la data e il luogo di nascita per la persona fisica e la denominazione sociale e l'indirizzo della sede legale di una società per azioni) e gli altri dati necessari per permettere alla *Compagnia* di fare le verifiche in materia di antiriciclaggio; oppure,
- in forma generica, indicando per esempio il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi della *Persona assicurata*.

MODIFICA O REVOCA DEI BENEFICIARI: QUANDO E COME

Il *Contraente*, in qualsiasi momento successivo alla compilazione del *Modulo di proposta*, può modificare o annullare la scelta del *Beneficiario* o dei beneficiari (nel secondo caso in termini giuridici si parla di revoca) in uno dei seguenti modi:

- inviando alla *Compagnia* una raccomandata oppure una PEC firmata digitalmente;
- con testamento;
- compilando l'apposito modulo.

Come previsto dal Codice Civile, il *Beneficiario* non può più essere cambiato nei seguenti casi:

- dopo che il *Contraente* ha informato per iscritto la *Compagnia* di voler rinunciare alla possibilità di revocare il *Beneficiario* scelto e quest'ultimo ha dichiarato alla *Compagnia*, sempre per iscritto, di accettare la propria designazione;
- dopo la morte del *Contraente*.

Se il *Contraente* ha scelto un solo *Beneficiario* e lo revoca senza essere sostituito la *Compagnia*, in caso di *Sinistro*, considererà quali beneficiari gli eredi testamentari della *Persona assicurata* o, se non c'è un testamento, gli eredi legittimi previsti dal Codice Civile, cioè il coniuge, i figli, i genitori o i nonni e in generale i parenti fino al 6° grado. Se mancano

tutti questi soggetti il *Capitale assicurato* viene pagato allo Stato italiano.

! È IMPORTANTE SAPERE

Con la designazione, il *Capitale assicurato* viene pagato al *Beneficiario* quando si verifica il decesso della *Persona assicurata* perché, come previsto dal Codice Civile, acquista un diritto proprio a riceverlo.

Per questo motivo, non rientra nel patrimonio della *Persona assicurata* che va agli eredi cioè non fa parte del suo asse ereditario.

Designazione, modifica e revoca, anche se fatte col testamento, sono atti unilaterali recettizi, cioè, sono validi e quindi la *Compagnia* può rispettarli solo se ne è a conoscenza e devono indicare in modo chiaro a quale Contratto di assicurazione si riferiscono.

Se il *Contraente* ha scelto più beneficiari, la *Compagnia* divide tra loro il *Capitale assicurato* in parti uguali, a meno che il *Contraente* ha indicato percentuali diverse per ogni *Beneficiario*.

IL REFERENTE TERZO

Per esigenze di riservatezza, il *Contraente* quando compila il *Modulo di proposta* o in un momento successivo può indicare una persona diversa dal *Beneficiario*, cioè il referente terzo, a cui la *Compagnia* si rivolge in caso di decesso della *Persona assicurata* per raccogliere la documentazione necessaria per individuare chi ha diritto al pagamento del *Capitale assicurato*, anziché contattare direttamente il *Beneficiario*.

Il ruolo del referente terzo è quindi quello di fare da tramite con il *Beneficiario* nei rapporti con la *Compagnia*. Pertanto, se il referente modifica i suoi recapiti, rinuncia all'incarico o non è più in grado di svolgerlo, oppure se il *Contraente* decide di sostituirlo, dobbiamo essere informati il prima possibile.

Art. 22. Modalità di comunicazione

La *Compagnia* manda al *Contraente* le comunicazioni relative alla *Polizza* via posta oppure in via telematica all'interno dell'area riservata del servizio Home Insurance (di cui parliamo al successivo art. 30), in base alla scelta che fa quando compila il *Modulo di proposta*. Se sceglie di riceverle nell'area riservata, il *Contraente* deve avere un indirizzo e-mail, che ci serve anche per avvisarlo ogni volta che è disponibile una nuova comunicazione. Il *Contraente* può comunque sempre cambiare la scelta che ha fatto, chiedendo alla *Compagnia*, anche per il tramite del distributore Banca Mediolanum, di modificare la modalità di ricezione, passando da quella telematica a quella via posta e viceversa.

Art. 23. Modifiche delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche a queste condizioni di assicurazione devono essere fatte per iscritto.

Art. 24. Chi può far valere i diritti e gli obblighi che derivano dalla polizza

Le azioni, le ragioni e i diritti che derivano da questa *Polizza* possono essere fatti valere solo dal *Contraente*, finché è in vita, e dalla *Compagnia*. In caso di *Sinistro*, il *Capitale assicurato* viene pagato dalla *Compagnia* al *Beneficiario*, o ai beneficiari scelti dal *Contraente*.

Art. 25. La cessione della polizza (il cambio di contraenza)

Per questa *Polizza* il *Contraente* non può cedere il contratto a un'altra persona (in termini giuridici si parla di cambio di contraenza, come previsto dal Codice Civile).

Art. 26. Legge applicabile alla polizza

Per tutto quanto non è stato scritto in queste condizioni di assicurazione, alla *Polizza* si applica la Legge Italiana.

Art. 27. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)

Ogni diritto che deriva dalla *Polizza* deve essere fatto valere entro 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto da cui nasce quel diritto, come stabilito dalla Legge Italiana. Quindi, per questa *Polizza*, dal decesso della *Persona assicurata*. Se il pagamento del *Capitale assicurato* non viene richiesto entro questo termine, sarà versato dalla *Compagnia*, secondo quanto previsto dalla Legge Italiana in materia di polizze dormienti, su un apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze in favore delle vittime di frodi finanziarie.

Art. 28. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)

Se non c'è accordo con la *Compagnia* sulla *Polizza* o sul pagamento dei sinistri e nasce una controversia, bisogna tentare di risolverla con la mediazione prima di andare da un giudice, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione presente nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. Durante la mediazione, che è un cosiddetto sistema alternativo di risoluzione stragiudiziale delle controversie (cioè una procedura in cui non ci si presenta davanti a un giudice), bisogna farsi assistere da un avvocato.

Se la mediazione non ha successo è sempre possibile rivolgersi a un giudice. In questo caso la competenza per decidere la controversia è sempre quella dell'autorità giudiziaria del luogo in cui ha la residenza o il domicilio chi vuole fare causa alla *Compagnia*.

In alternativa alla mediazione, per risolvere la controversia si può ricorrere anche agli altri sistemi di risoluzione stragiudiziale indicati sul sito www.mediolanumvita.it (come per esempio l'Arbitro Assicurativo), prima di rivolgersi a un giudice.

Art. 29. Il Regime fiscale della polizza

Tutti gli oneri fiscali relativi a questa *Polizza* sono a carico del *Contraente*. La normativa fiscale prevede la possibilità di detrarre una parte del *Premio* versato nell'anno solare nella misura, per gli importi massimi e in base ai limiti definiti dalla normativa.

Non si applicano imposte sui premi versati e le somme pagate ai *Beneficiari* sono esenti da imposta.

Art. 30. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)

La *Compagnia* mette a disposizione del *Contraente* un'area riservata nel sito internet per accedere alla posizione assicurativa, in cui trovare i dati principali della *Polizza* e poter operare, per esempio, per informare la *Compagnia* di un *Sinistro* o fare tutte le altre operazioni rese disponibili tempo per tempo (il c.d. servizio di Home Insurance).

Il servizio è gratuito e si utilizza con i codici personali rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta. Questi codici di accesso servono per garantire un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo dell'area riservata è disciplinato dalle "Norme che regolano il servizio di Home Insurance" presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* - anziché sul proprio sito - rende disponibili le predette funzionalità, sia informative che dispositive, sul sito del distributore Banca Mediolanum all'indirizzo www.bmedonline.it, solo per i titolari del servizio di "Banca Diretta" della medesima Banca e unicamente per le polizze distribuite dalla stessa, utilizzando codici forniti direttamente dalla Banca.

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) – t. +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 207.720.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 01749470157 - Partita IVA I05406I0960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa iscritta al n. 1.00041 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

Società con unico Socio - Impresa Aut. Min. 8279 del 6/7/1973 (G.U. 193 del 27/7/1973)

mediolanumvita@pec.mediolanum.it

www.mediolanumvita.it

Edizione 06/02/2026

È un prodotto di

