

Condizioni di Assicurazione

Mediolanum Protezione Gravi Malattie

Contratto di assicurazione in caso di malattia grave

Edizione 19/06/2026

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 offrire un aiuto economico alla persona assicurata a cui viene diagnosticata una malattia grave. Stiamo parlando di **Mediolanum Protezione Gravi Malattie**.

A COSA SERVE

È una polizza pensata per proteggere la persona assicurata a cui viene diagnosticata una malattia grave tra: infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale, insufficienza epatica, trapianto d'organo. Dopo 2 anni, la persona assicurata è coperta anche se le viene diagnosticato un cancro.

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone fisiche che hanno fra 18 e 63 anni al momento della firma del modulo di proposta e dell'attivazione della polizza, e che alla scadenza della polizza abbiano al massimo 70 anni (per i limiti di età massima consideriamo l'età assicurativa). Può durare un minimo di 7 e un massimo di 30 anni.

COSA OFFRE

La Compagnia paga alla persona assicurata una somma pari al capitale scelto sul modulo di proposta, se le viene diagnosticata una delle 6 malattie gravi e rimane in vita almeno per i 30 giorni successivi.

LIMITI E CARENZE

Prevede esclusioni e limitazioni che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Inoltre, c'è un periodo di carenza di 6 mesi da quando è attiva la copertura, durante il quale la persona assicurata non è coperta anche se viene diagnosticata una malattia grave.

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 solo 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, ai riquadri **arancioni** 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 **blu** per le somme che possono essere pagate (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.

La copertura prevista da questa polizza richiede necessariamente l'utilizzo dei termini usati in medicina, per la cui comprensione può essere utile l'aiuto di un medico.

Le ricordiamo 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 23
	CHE COSA/CHI È ASSICURATO	6 di 23
	Art. 1. Cos'è Mediolanum Protezione Gravi Malattie e cosa protegge	6 di 23
	Art. 2 Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Gravi Malattie	6 di 23
	Art. 3. Domande per valutare le condizioni generali della persona assicurata (il questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva e il rapporto di visita medica)	7 di 23
	Art. 4. Garanzia prevista e somma che viene pagata (il capitale assicurato)	7 di 23
	CHE COSA NON È ASSICURATO?	9 di 23
	Art. 5. Chi non può essere assicurato	9 di 23
	CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	9 di 23
	Art. 6. Periodo di tempo durante il quale la Compagnia non paga l'indennizzo (periodo di carenza)	9 di 23
	Art. 7. Dove è valida la garanzia	10 di 23
	Art. 8. Casi in cui non si ha diritto al capitale assicurato (le esclusioni)	10 di 23
	CHE OBBLIGHI HO?	14 di 23
	Art. 9. Dichiarazioni della persona assicurata	14 di 23
	Art. 10. Modifica dell'attività professionale o sportiva o dello stato di fumatore o non fumatore della persona assicurata	14 di 23
	GESTIONE DEI SINISTRI	15 di 23
	Art. 11. Cosa fare quando si verifica il sinistro (la denuncia del sinistro)	15 di 23
	Art. 12. In quanto tempo la Compagnia paga il capitale assicurato	15 di 23
	QUANDO E COME DEVO PAGARE?	16 di 23
	Art. 13. Il premio di polizza	16 di 23
	Art. 13.1 L'adeguamento del premio di polizza e del capitale assicurato	18 di 23
	Art. 13.2. Cosa succede se non viene pagato il premio	18 di 23
	Art. 13.3. Il pagamento dei premi arretrati (la riattivazione della polizza)	19 di 23
	QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	19 di 23
	Art. 14. Conclusione del contratto di assicurazione	19 di 23
	Art. 15. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza della copertura)	20 di 23
	Art. 16. Quanto dura la polizza e da quando non si è più assicurati	20 di 23
	COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?	20 di 23
	Art. 17. Diritto di ripensamento (la revoca e il recesso)	20 di 23
	QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	21 di 23
	Art. 18. I costi applicati al premio di polizza	21 di 23
	SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	21 di 23
	Art. 19. Riscatto, riduzione e prestiti	21 di 23
	ALTRE DISPOSIZIONI	21 di 23
	Art. 20. Modalità di comunicazione	21 di 23
	Art. 21. Modifiche delle condizioni di assicurazione	21 di 23
	Art. 22. Chi può far valere i diritti e gli obblighi che derivano dalla polizza	21 di 23
	Art. 23. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui)	22 di 23
	Art. 24. La cessione della polizza (il cambio di contraenza)	22 di 23
	Art. 25. Legge applicabile alla polizza	22 di 23
	Art. 26. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)	22 di 23
	Art. 27. Cosa fare quando nasce una controversia e quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)	22 di 23
	Art. 28. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)	22 di 23
	Art. 29. Il Regime fiscale della polizza	23 di 23
	Art. 30. Beneficiario del capitale assicurato	23 di 23
	Art. 31. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)	23 di 23



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.

Capitale assicurato o Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia alla persona assicurata in caso di sinistro indennizzabile, nel rispetto dei limiti di importo previsti per ogni singola copertura.

Conglomerato finanziario

L'insieme di Banca Mediolanum e delle società da questa controllate, direttamente o indirettamente.

Compagnia

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

Contraente

Chi stipula il contratto di assicurazione per proteggere sé stesso e/o altre persone; 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 la persona assicurata è coperta per la garanzia e le somme che sono riportate sullo stesso e da quando inizia la loro copertura.

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).

Modulo di proposta

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

Persona assicurata

La persona fisica, residente in Italia, che ha tra 18 e 63 anni al momento della firma del modulo di proposta e dell'attivazione della polizza, e che è protetta se viene diagnosticata una malattia grave (fino a quando la Compagnia non comunica l'attivazione della polizza la definiamo assicurando). Può coincidere con il contraente. Deve dare informazioni vere, corrette e complete sul suo stato di salute. In caso di sinistro deve rispettare gli obblighi previsti e gli spetta il pagamento dell'indennizzo.

Polizza (contratto di)

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 pagarle l'indennizzo previsto dal contratto stesso se si verifica un evento dannoso (il sinistro).

Premio

La somma di denaro che è necessario pagare alla Compagnia per avere le coperture assicurative previste 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. Tali informazioni sono utili e necessarie a stabilire se questa persona può essere protetta.

Rapporto di visita medica

Il documento che deve essere compilato da un medico italiano relativo allo stato di salute della persona assicurata, se la Compagnia lo richiede.

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 diagnosi della malattia grave o con il trapianto d'organo.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO

Art. 1. Cos'è Mediolanum Protezione Gravi Malattie e cosa protegge

Mediolanum Protezione Gravi Malattie è una Polizza, cioè un contratto di assicurazione, tra Mediolanum Vita (noi o la Compagnia) e il Contraente, pensata per proteggere la Persona assicurata per un periodo da 7 a 30 anni, offrendole un aiuto economico se viene diagnosticata una Malattia grave (cioè si verifica il Sinistro).

La *Compagnia*, infatti, si impegna a pagare alla *Persona assicurata* in una sola volta la somma scelta sul *Modulo di proposta*, pari al *Capitale assicurato*, se viene diagnosticata una malattia grave come descritta all'art. 4, tra:

- un infarto miocardico,
- un ictus cerebrale,
- un'insufficienza renale,
- un'insufficienza epatica,
- oppure riceve un trapianto d'organo.

Dopo 2 anni da quando la *Polizza* è attiva, se alla *Persona assicurata* viene diagnosticato un cancro, la *Compagnia* paga il *Capitale assicurato*, in tutto o in parte come indicato all'art. 4 a seconda di quando viene diagnosticato.

Per la *Compagnia*, tutte queste malattie comportano sempre un'invalidità permanente della *Persona assicurata* almeno del 5%, per la quale non viene chiesto di trasmettere alcuna certificazione.

Approfondiamo cos'è l'invalidità permanente

È la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di svolgere in tutto o in parte un'attività lavorativa remunerata, indipendentemente dalla professione svolta.

! È IMPORTANTE SAPERE

- Il *Capitale assicurato* viene pagato solo se la *Persona assicurata* è ancora viva dopo 30 giorni da quando le viene diagnosticata la Malattia grave. Per il caso di trapianto d'organi, il termine dei 30 giorni inizia dalla data in cui viene fatto il trapianto in un centro qualificato in Italia.
- La diagnosi deve essere fatta da un medico che è autorizzato a lavorare all'interno dell'Unione Europea (comprese Svizzera, Islanda, Regno Unito e Norvegia), o negli Stati Uniti, Canada e Australia. Se fatta al di fuori di questi Paesi, deve essere confermata da una struttura sanitaria italiana.
- Una volta che viene pagato il *Capitale assicurato* la *Polizza* si chiude in automatico.

Art. 2 Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Gravi Malattie

Con questa *Polizza* può essere assicurato chi ha la residenza anagrafica in Italia e ha tra 18 e 63 anni al momento della firma del *Modulo di proposta* e dell'attivazione della *Polizza*, e al massimo 70 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*).



Facciamo un esempio:

Calcolo dell'età assicurativa della persona assicurata quando firma il modulo di proposta

Luca ha compiuto 55 anni il 1° agosto

Se decide di sottoscrivere la polizza il 2 settembre dello stesso anno, anche la sua età assicurativa è di 55 anni perché NON SONO PASSATI almeno 6 mesi dal suo ultimo compleanno.

Se, invece, decide di sottoscrivere la polizza il 10 febbraio dell'anno dopo, la sua età assicurativa è 56 anni perché SONO PASSATI almeno 6 mesi dal suo ultimo compleanno.

Art. 3. Domande per valutare le condizioni generali della persona assicurata (il questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva e 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); per questo motivo può chiederle di:

- compilare un apposito documento (il *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva*) che è parte integrante della *Polizza*,
- sottoporsi a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari.

Se la *Persona assicurata*, preferisce non rispondere al *Questionario*, può sempre chiedere di farsi visitare dal proprio medico e fare eventuali ulteriori accertamenti sanitari o esami clinici con costi a suo carico.

Inoltre, se vuole essere coperta fin dal giorno in cui la *Compagnia* incassa il *Premio* (data che viene comunicata al *Contraente* sul c.d. *Documento di Polizza*) eliminando così il periodo di carenza di cui parliamo all'art. 6, oltre a compilare il *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva*, deve farsi visitare dal proprio medico e fare eventuali ulteriori accertamenti sanitari o esami clinici.

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

La *Compagnia* può decidere di farsi carico di tutti o di parte dei costi degli accertamenti, anche in occasione di campagne promozionali, comunicandolo al *Contraente* al momento della compilazione del *Modulo di proposta*.

Art. 4. Garanzia prevista e somma che viene pagata (il capitale assicurato)

La garanzia prevista da questa *Polizza* opera se un medico diagnostica una Malattia grave tra:

- **Infarto miocardico acuto (di gravità specifica)**

Cioè la necrosi irreversibile di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue che abbia dato seguito a tutti i seguenti sintomi di infarto miocardico acuto:

- sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco);
- comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG;
- variazione caratteristica degli enzimi cardiaci (Troponina T cardiaca, Troponina I cardiaca o CK-MB) con almeno uno dei suddetti valori al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento;



- devono sussistere prove certe di un infarto miocardico acuto confermate da un cardiologo e comprovanti l'anomalia emersa in regione parietale presente almeno sei settimane dopo l'evento o frazione di eiezione ventricolare inferiore a 50% a tre mesi o più dall'evento.

- **Ictus cerebrale (con danno neurologico permanente e sintomi clinici permanenti)**

Cioè la morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti. La valutazione delle condizioni di cui sopra può essere fatta non prima di 3 mesi dall'evento di ictus cerebrale.

La diagnosi deve essere confermata da uno specialista neurologo e dovrà essere comprovata tramite esiti di risonanza magnetica, tomografia computerizzata o altre tecniche di diagnostica per immagini compatibili affidabili per la diagnosi di ictus.

- **Insufficienza renale (in dialisi permanente)**

Cioè l'insufficienza renale terminale, totale ed irreversibile di entrambi i reni, diagnosticata da parte dello specialista nefrologo. L'insufficienza renale deve essere trattata con emodialisi renale continua oppure con trapianto renale e il trattamento deve essere deciso da un nefrologo.

- **Insufficienza epatica (cronica terminale)**

Cioè l'insufficienza epatica terminale con evidenza di compromissione permanente e irreversibile della funzione epatica, risultante da diagnosi definitiva da parte di uno specialista epatologo, tale da avere come conseguenze tutte e tre le seguenti complicanze:

- ittero;
- ascite;
- encefalopatia epatica.

- **Trapianto d'organo**

Cioè l'aver subito come ricevente un trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o intestino tenue. È compreso il trapianto di midollo osseo, sempre come ricevente, solo se ritenuto clinicamente indispensabile e certificato da relativo specialista, a condizione che la *Persona assicurata* sia stata sottoposta a pre-trattamento tramite chemioterapia mieloablattiva e/o radioterapia.

- **Cancro**

Cioè un tumore maligno, confermato dalla diagnosi definitiva di uno specialista oncologo, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. Il termine "cancro" include, tra le altre, leucemia, sarcoma non cutaneo e linfoma non cutaneo. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico e stadiazione.

Nei casi elencati sopra, **se dal giorno della diagnosi o dalla data in cui viene fatto il trapianto la *Persona assicurata* rimane in vita per almeno 30 giorni, la *Compagnia* paga ...**

**CAPITALE ASSICURATO**

... in una sola volta una somma di denaro pari all'importo scelto quando è stato firmato il *Modulo di proposta*, tra un minimo di 25.000 euro ed un massimo di 100.000 euro.

Solo per il cancro, la somma che viene pagata dalla Compagnia è pari:

- al **60%** del *Capitale assicurato* per una diagnosi fatta **nel 3° anno** da quando è attiva la polizza,
- all'**80%** del *Capitale assicurato* per una diagnosi fatta **nel 4° anno** da quando è attiva la polizza,
- al **100%** del *Capitale assicurato* per una diagnosi fatta **a partire dal 5° anno** da quando è attiva la Polizza.

Anche se la *Persona assicurata* fa con noi più polizze Mediolanum Protezione Gravi Malattie, il *Capitale assicurato* iniziale complessivo **non può MAI superare i 100.000 euro**.



Facciamo un esempio

Decesso della persona assicurata nei 30 giorni dalla diagnosi della malattia grave

Luca ha sottoscritto una polizza Mediolanum Protezione Gravi Malattie che è attiva dal 1° ottobre 2024

Il 3 settembre 2025 gli viene diagnosticata una malattia grave che ne causa la morte il 25 settembre, quindi dopo solo 22 giorni dalla diagnosi.

La Compagnia non può pagare il capitale assicurato perché Luca è deceduto prima che siano passati 30 giorni dalla diagnosi della malattia; la polizza, quindi, viene chiusa senza che debba essere pagata alcuna somma.

**CHE COSA NON È ASSICURATO?****Art. 5. Chi non può essere assicurato**

Con questa *Polizza* non può essere assicurato chi è affetto da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o sindromi ad essa correlate.

Se anche dopo che è stata attivata la *Polizza*, la *Persona assicurata* si viene a trovare in uno di questi stati, la *Compagnia* chiude la *Polizza* non avendo più alcun obbligo e restituisce l'intero *Premio*, trattenendo solo le imposte (queste, infatti, sono dovute per Legge, non sono importi che spettano alla *Compagnia*).



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati i requisiti che deve avere la *Persona assicurata* (art. 2) e i casi in cui non si ha diritto all'*Indennizzo* (art. 8).

**CI SONO LIMITI DI COPERTURA?****Art. 6. Periodo di tempo durante il quale la Compagnia non paga l'indennizzo (periodo di carenza)****PERIODI DI CARENZA**

La *Persona assicurata* è coperta solo dopo che sono passati 6 mesi da quando è attiva la *Polizza*, cioè dal giorno in cui la *Compagnia* incassa il *Premio*, come indicato nel *Documento di polizza* che manda al *Contraente* (in termini assicurativi si parla di un periodo di carenza).

La *Persona assicurata* può chiedere di escludere l'applicazione del periodo di carenza quando viene compilato il *Modulo di proposta*; per farlo deve rispondere al *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva*,



accettare di farsi visitare dal proprio medico e fare eventuali ulteriori accertamenti sanitari o esami clinici (come indicato all'art. 3).

 Rispondiamo a un dubbio

Se alla persona assicurata viene diagnosticato un ictus nei primi 6 mesi da quando è attiva la polizza, senza che abbia fatto la visita medica per escludere il periodo di carenza, ha diritto al pagamento del capitale assicurato?

No, dal momento che la diagnosi della malattia grave è stata fatta nei primi 6 mesi, periodo in cui la persona assicurata non è mai coperta, non viene liquidata alcuna somma.

Però, la polizza rimane comunque attiva e la Compagnia paga il capitale assicurato se viene diagnosticata una malattia grave dopo tale periodo (sempre nel rispetto di eventuali esclusioni o limiti).

Art. 7. Dove è valida la garanzia

La garanzia è valida in tutto il mondo, ma se la diagnosi è fatta al di fuori dell'Unione Europea (che per questa Polizza per noi comprende Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito) o degli Stati Uniti, del Canada o dell'Australia deve essere confermata da una struttura sanitaria in Italia, altrimenti la Compagnia non paga il Capitale assicurato.

Art. 8. Casi in cui non si ha diritto al capitale assicurato (le esclusioni)

La *Persona assicurata* non ha diritto a ricevere il *Capitale assicurato* per:

ESCLUSIONI

- a) ogni malattia o patologia che è stata diagnosticata o si è manifestata prima della data in cui è attiva la garanzia (cioè dopo che è trascorso il periodo di carenza), se la *Persona assicurata* non le ha dichiarate nel *Questionario* e non sono state incluse nella copertura dalla Compagnia con il pagamento di un sovrappremio;
- b) ricadute o recidive di malattie o patologie che sono presenti o si sono manifestate prima della compilazione del *Modulo di proposta*;
- c) diagnosi di una Malattia Grave che è dovuta in modo diretto o indiretto a malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici che esistevano prima della decorrenza della Polizza ed erano già conosciuti dalla *Persona assicurata* e non dichiarati alla Compagnia nel *Questionario*;
- d) azioni commesse dal *Contraente* o dalla *Persona assicurata* con l'intenzione di ottenere l'*Indennizzo* dalla Compagnia (in termini giuridici si parla di dolo);
- e) i 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 ad altri di compiere per fare del male a sé stesso;
- f) 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;



Rispondiamo a un dubbio

Se la persona assicurata è un militare (esercito, marina militare, etc) e viene diagnosticata una malattia grave mentre partecipa a una missione umanitaria in un Paese a rischio, la Compagnia paga il capitale assicurato?

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

- g) uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- h) rifiuto della *Persona assicurata* di seguire le cure mediche;
- i) guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti a cui la *Persona assicurata* ha partecipato attivamente;
- j) abuso di alcool e psicofarmaci, o uso non legato a prescrizioni mediche di stupefacenti, allucinogeni e simili sostanze psicotrope;
- k) tentato suicidio o azioni di autolesionismo da parte della *Persona assicurata*;
- l) contaminazione biologica o chimica legata ad atti di terrorismo o atti di guerra; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali oppure provocati, e per accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X) a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche;
- m) diagnosi fatte da medici o paramedici che non sono abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- n) sinistri che si verificano se la *Persona assicurata* pratica:
 - 1. alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA e oltre 4000 metri di altezza;
 - 2. attività subacquea (non accompagnati, in notturna, senza brevetto e senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità visita di grotte, visita di relitti e ricerca di tesori, campane subacquee e tentativi di record);
 - 3. sci alpinismo, snowboard acrobatico o estremo;
 - 4. gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica e relative prove; sport estremi (ad es. base jumping, canyoning / torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting);
 - 6. sport in cui è previsto l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto aereo, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;
 - 7. equitazione, pugilato, paracadutismo, speleologia.
- o) sinistri che si verificano se la *Persona assicurata* per lavoro:
 - 1. svolge attività in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel che prevedono il coinvolgimento nei processi di estrazione, o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 - 2. svolge attività in piattaforme off-shore, sottomarini o navi che prevedono il coinvolgimento in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 - 3. svolge attività di palombaro, speleologo, sminatore, artificiere, stuntman (cioè una controfigura per scene di cinema, teatro o simili);
 - 4. svolge attività circense, anche come personale di un circo;



5. è a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
6. è impiegata nelle forze armate in missione all'estero;
7. svolge attività a più di 10 metri di altezza;
8. è a contatto con fonti di energia ad alto voltaggio, sostanze venefiche, corrosive, pericolose, addetti ad operazioni svolte ad alte temperature.

Oltre alle esclusioni elencate sopra, la *Persona assicurata* non ha diritto al pagamento del *Capitale assicurato* anche in questi casi specifici per ciascuna Malattia grave:

Altre esclusioni valide solo per l'infarto miocardico acuto (di gravità specifica)

- angina pectoris senza infarto del miocardio, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- cardiomiopatia da stress (Takotsubo);
- lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia;
- l'aumento di enzimi o biomarcatori cardiaci per cause non correlate ad attacco cardiaco.

Altre esclusioni valide solo per l'ictus cerebrale (con danno neurologico permanente e sintomi clinici permanenti)

- gli attacchi ischemici transitori (TIA);
- i sintomi cerebrali dovuti ad emicrania;
- il danno al tessuto cerebrale in seguito a trauma, infortunio, ipossia generale, intervento medico, infezione, vasculite e malattia infiammatoria;
- il danno vascolare che colpisce l'occhio o il nervo ottico;
- i disturbi ischemici dell'apparato vestibolare;
- i riscontri casuali tramite tecniche di diagnostica per immagini (TC o RMN) in assenza di chiari sintomi clinici correlati.

Altre esclusioni valide solo per l'insufficienza epatica (cronica terminale)

- l'insufficienza epatica cronica terminale secondaria da abuso di farmaci, alcoolici e droghe.

Altre esclusioni valide solo per l'insufficienza renale

- l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;
- l'insufficienza renale monolaterale.

Altre esclusioni valide solo per il trapianto d'organo

- trapianto di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari;
- trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella definizione;
- trapianto di parti di organo o di tessuti o di cellule.

Altre esclusioni valide solo per il cancro

Ogni caso di cancro che viene diagnosticato nei primi 2 anni da quando è attiva la *Polizza*.

 Rispondiamo a un dubbio

Se alla persona assicurata viene diagnosticato un cancro nei primi 2 anni da quando è attiva la polizza e denuncia il sinistro al 3° anno, ha diritto al pagamento del capitale assicurato?

No, dal momento che la diagnosi di cancro è stata fatta nei primi 2 anni, periodo in cui la persona assicurata non è coperta per questa malattia grave, non viene liquidata alcuna somma.

Però, la polizza rimane comunque attiva e la Compagnia paga il capitale assicurato se viene presentata una nuova diagnosi per una malattia grave.

Trascorsi i due anni dall'attivazione della *Polizza*, sono esclusi i seguenti tumori (in base alla edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual):

- tutti i casi che sono istologicamente classificati come
 - pre-maligni;
 - non invasivi;
 - carcinoma-in-situ (Tis) o Ta (Classificazione TNM);
 - con potenziale maligno limitato o basso;
 - con qualsiasi grado di potenziale maligno, ma senza invasione di tessuto normale;
 - con potenziale maligno sospetto;
 - neoplasia ad evoluzione dubbia o incerta;
 - tutti i gradi di displasia, lesioni intraepiteliali squamose (HSIL e LSIL) e neoplasie intraepiteliali.
- la leucemia Linfocitica Cronica istologicamente classificata inferiormente a RAI Stage 3;
- qualsiasi tumore cutaneo non-melanoma in assenza di diffusione ai linfonodi (AJCC N+) o oltre (AJCC M+);
- tutti i melanomi cutanei di stadio I o inferiore (AJCC);
- tutti i melanomi oculari (uveali) confinati all'occhio a meno che non sia stata effettuata la resezione chirurgica, brachiterapia, radioterapia a fasci esterni, chemioterapia o terapia sistemica mirata;
- tutti i tumori dei tessuti molli, o del connettivo in assenza di diffusione ai linfonodi (AJCC N+) o oltre (AJCC M+);
- tutti i tumori della prostata salvo non siano istologicamente classificati con grado di Gleason superiore a 6 o siano progrediti almeno in uno stadio T2NOMO (Classificazione TNM);
- tutti i tumori della tiroide istologicamente classificati in uno stadio I o inferiore (AJCC);
- tutti i tumori della vescica istologicamente classificati in uno stadio I o inferiore (AJCC);
- tutti i tumori stromali gastro-intestinali e neuroendocrini (compresi i tumori carcinoidi) istologicamente classificati al Stage I o IA o inferiore (AJCC);
- tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.
- tutti i tumori identificati *esclusivamente* dalla presenza di cellule tumorali, materiale genetico, o altri biomarcatori che potrebbero essere presenti nel sangue, nella saliva, nelle urine o altri fluidi corporali, e rilevati attraverso test conosciuti come "biopsie liquide" o simili.



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 (ad esempio se ha dichiarato un'attività professionale non corretta o 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 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 alcuna somma. 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 (o è stata riattivata come vediamo all'art 13.3), la *Compagnia* può chiudere la *Polizza*, 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 alla *Persona assicurata* in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo conosciuto la verità.

! È IMPORTANTE SAPERE

- Dopo 6 mesi da quando la *Polizza* è attiva, o è stata riattivata (come vediamo all'art 13.3), 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.

Art. 10. Modifica dell'attività professionale o sportiva o dello stato di fumatore o non 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, rispetto a quando ha compilato il *Modulo di proposta*. Questa informazione ci serve per verificare se la *Persona Assicurata* non ha diritto a ricevere l'*Indennizzo* in caso di *Sinistro* perché rientra in una delle esclusioni dell'art. 8. In questo caso informiamo il *Contraente*.

Inoltre, la *Persona assicurata* deve comunicare alla *Compagnia* se diventa fumatore o non fumatore rispetto a quando ha compilato il *Modulo di proposta*. Questa informazione, da inviare tramite raccomandata o con PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, ci serve per verificare se la probabilità che si verifichi un *Sinistro* coperto dalla *Polizza* aumenta (in termini giuridici si parla di aggravamento del rischio come previsto dal Codice Civile).

Se il cambiamento comporta un aumento della probabilità che si verifichi il *Sinistro*, la *Compagnia* può comunicare al *Contraente* entro 15 giorni se:

- chiude la *Polizza*, cioè recede dal contratto, perché l'aggravamento del rischio è tale che se fosse stato presente e la *Compagnia* l'avesse saputo al momento della sottoscrizione della *Polizza* non avrebbe potuto aprirla;
 - deve far pagare un *Premio* più alto per continuare a proteggere la *Persona assicurata* alle stesse condizioni attuali.
- Nell'ultimo caso, il *Contraente* deve a sua volta rispondere entro 15 giorni per dire se accetta o no la modifica; se non risponde, la modifica si intende accettata. Se invece non la accetta, la *Polizza* viene chiusa e la *Compagnia* ha il diritto di chiedere il pagamento del *Premio* per l'intero anno in corso.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 11. Cosa fare quando si verifica il sinistro (la denuncia del sinistro)

Bisogna comunicare il *Sinistro* (cioè la diagnosi della Malattia grave) alla *Compagnia* il prima possibile, in uno dei seguenti modi:



sul sito www.mediolanumvita.it – Area Clienti oppure sul sito bancamediolanum.it (se correntista di Banca Mediolanum) Area Privata, sezione Protezione – Denuncia sinistro



posta raccomandata (o con altro servizio postale) a Mediolanum Vita S.p.A. – Palazzo Meucci, Via Ennio 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*.

! È IMPORTANTE SAPERE

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

- una copia della cartella clinica e ogni altro certificato medico, accertamento diagnostico, esame strumentale o documento, rilasciato durante il ricovero e relativo alla diagnosi della Malattia grave;
- la modalità con cui ricevere il pagamento del *Capitale assicurato*, compilando e firmando l'apposito modulo o in carta semplice.

Tutti i costi per i certificati medici e la documentazione che la *Compagnia* richiede sono a carico della *Persona assicurata* che ha subito il *Sinistro*.

Art. 12. In quanto tempo la Compagnia paga il capitale assicurato

La *Compagnia* a seguito della ricezione della relativa denuncia e della documentazione completa, si impegna a pagare il *Capitale assicurato* entro 30 giorni di calendario da quando viene denunciato il *Sinistro*, dopo aver verificato che il pagamento sia effettivamente dovuto, e accertandosi prima che la *Persona assicurata* è ancora in vita.



Se dopo la denuncia del *Sinistro* la *Compagnia* chiede di ricevere ulteriore documentazione, allora il termine di 30 giorni inizia da quando viene ricevuto l'ultimo documento che è stato richiesto.

Se il termine di 30 giorni non viene rispettato, allora la *Compagnia* paga alla *Persona assicurata* anche gli interessi per il ritardo nel pagamento (sono i cosiddetti interessi di mora).

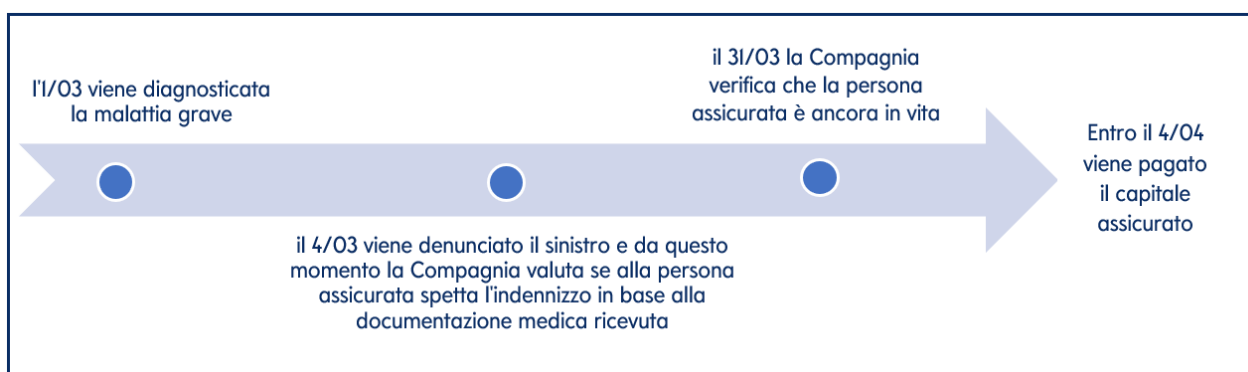
Il pagamento del *Capitale assicurato* è comunque soggetto a tutte quelle verifiche utili ad acquisire le informazioni in materia di riciclaggio o finanziamento del terrorismo (cioè la c.d. adeguata verifica antiriciclaggio).

L'*Indennizzo* 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 ad ogni singola scadenza:



! È IMPORTANTE SAPERE

Se il *Contraente* decide di pagare il *Premio* annuale in più rate – con frequenza semestrale, trimestrale o mensile e non con un unico addebito come previsto all'art. 13 – dall'*Indennizzo* che spetta alla *Persona assicurata* in caso di *Sinistro* viene trattenuta una somma pari alle rate di *Premio* eventualmente ancora non pagate per quell'anno.

Invece, la *Compagnia* restituisce al *Contraente* gli eventuali premi pagati relativi alla copertura dell'annualità assicurativa successiva, rispetto al *Sinistro* indennizzabile o al decesso che causano la chiusura della *Polizza*.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 13. Il premio di polizza

La somma dovuta ogni anno alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) dipende dall'importo del *Capitale assicurato* e dalla durata della *Polizza* oltreché dall'*Età*, dallo stato di salute e dallo stile e abitudini di vita che la *Persona assicurata* dichiara sul *Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva* o sul *Rapporto di visita medica*. È sempre calcolata all'inizio di ogni ricorrenza annuale; è dovuta per intero per ogni anno di copertura assicurativa, anche se il pagamento avviene con frequenza semestrale, trimestrale o mensile (e quindi in più rate), anziché una sola volta all'anno. Se il *Premio* viene frazionato, l'importo dell'ultima rata dell'anno può essere di poco più alto o più basso di quello delle rate precedenti, perché su questa viene fatto un conguaglio per garantire che l'importo annuale comunicato al *Contraente* coincida sempre con l'importo totale addebitato.

Il frazionamento del *Premio* non comporta comunque costi aggiuntivi.

 Facciamo un esempio**Calcolo del conguaglio sull'ultima rata di premio con frazionamento mensile**

Importo del premio annuale indicato sul modulo di proposta: € 914

Importo rata mensile: $76,17 \rightarrow (\text{€ } 914 \text{ di premio annuo} / 12 \text{ rate mensili} = 76,166 \text{ che arrotondato per eccesso fa } 76,17)$ Importo delle prime 11 rate: $837,87 \rightarrow (\text{€ } 76,17 \times 11)$ Importo della 12ª rata: $76,13 \rightarrow (\text{€ } 914 \text{ di premio annuo} - \text{€ } 837,87 \text{ già pagati con le prime 11 rate})$

La frequenza di pagamento mensile può essere scelta solo da chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum.

Il primo *Premio* annuale o la sua prima parte (per noi il c.d. premio da pagare alla firma) devono essere versati quando viene firmato il *Modulo di proposta*, e possono essere pagati con un'autorizzazione ad addebitare direttamente il conto corrente (modalità che però riserviamo solo a chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum) oppure con assegno bancario, non trasferibile, intestato a Mediolanum Vita S.p.A.. Gli importi dei premi successivi possono essere pagati alla *Compagnia* con un'autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (in termini bancari Sepa Direct Debit o SDD), con un assegno bancario oppure con un bonifico.

Se si sceglie la frequenza mensile del *Premio*, il primo pagamento avviene con addebito diretto sul conto corrente di Banca Mediolanum indicato sul *Modulo di proposta*. Le mensilità successive invece vengono pagate alla *Compagnia* con SDD.

Ai correntisti di Banca Mediolanum riserviamo un'ulteriore possibilità e cioè: se scelgono la frequenza mensile, il *Premio* di tutto il primo anno in cui si attiva la *Polizza* può essere pagato anche in una sola volta, invece, il pagamento mensile inizia a partire dal secondo anno e per ogni anno successivo.

Ad ogni ricorrenza annuale della copertura assicurativa, il *Contraente* può modificare la frequenza dei pagamenti. La *Compagnia* deve ricevere questa richiesta almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale.

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. In particolare, se con questa *Polizza* viene sottoscritta anche la nostra polizza temporanea per il caso di morte "Mediolanum Protezione Vita", facciamo uno sconto del 10%.

Al *Premio* possono essere applicate anche delle maggiorazioni. Le informazioni e i modi in cui vengono applicati sia gli sconti sia le maggiorazioni sono comunicati dal distributore Banca Mediolanum quando si compila il *Modulo di proposta*.

Se per proteggere la Persona assicurata la *Compagnia* deve applicare un sovrappremio (dovuto ad esempio al suo stato di salute), allora invia un documento (in termini giuridici si parla di un'appendice contrattuale), che il *Contraente* deve accettare e firmare se vuole che sia attivata la *Polizza*.

Infine, 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 (ad es. figli), in linea collaterale (ad es. fratelli e sorelle) e affini (ad es. cognati e suocere) entro il secondo grado.



Art. 13.1 L'adeguamento del premio di polizza e del capitale assicurato

L'importo del *Premio* e del *Capitale assicurato* è adeguato ad ogni ricorrenza annuale della copertura assicurativa in base all'aumento percentuale dell'Indice ISTAT (in termini giuridici è una clausola di indicizzazione).

Approfondiamo quale indice ISAT è utilizzato per l'adeguamento

È l' "indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività" per le famiglie di impiegati e operai.

L'aumento percentuale da applicare è calcolato confrontando l'indice del 4° mese precedente alla ricorrenza annuale, con l'indice relativo allo stesso mese di 2 anni prima.

Il totale degli aumenti sia del *Premio* sia del *Capitale assicurato* non può in ogni caso essere superiore al doppio delle somme indicate sul *Modulo di proposta*. Infatti, se viene raggiunto questo limite blocchiamo l'adeguamento per tutti gli anni che mancano fino alla scadenza della *Polizza*.

La *Compagnia* inoltre può modificare al massimo ogni 5 anni (e quindi a partire dal 6° anno di copertura da quando è attiva la *Polizza*) i premi di questa *Polizza*, ma solo se le rilevazioni sulla popolazione nazionale o di altri paesi europei (fatte dall'ISTAT o da un altro ente qualificato) oppure le rilevazioni statistiche fatte su portafogli assicurativi, evidenziano che c'è stata una variazione delle probabilità che si verifichi un *Sinistro*, rispetto a quelle usate dalla *Compagnia* per il calcolo del *Premio*, che rendono necessaria la modifica (in termini giuridici si parla di una clausola di rivedibilità).

Se la *Compagnia* decide di modificare il *Premio* per questo motivo, comunica al *Contraente* il nuovo importo con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla successiva ricorrenza annuale.

Il *Contraente*, da parte sua, può rifiutare di pagare il nuovo *Premio* inviando alla *Compagnia* una lettera raccomandata, o una PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, almeno 60 giorni prima della stessa ricorrenza annuale.

Se il *Contraente* ci manda questa comunicazione, anziché modificare l'importo del *Premio* ricalcoliamo quello del *Capitale assicurato* a partire dalla stessa ricorrenza annuale. Questo importo viene diminuito simulando a quanto ammonterebbe il *Capitale assicurato* se si chiedesse di pagare l'attuale *Premio* per una nuova *Polizza*.

Se però il *Contraente* non manda la raccomandata o la PEC alla *Compagnia*, allora la modifica del *Premio* si intende accettata con il pagamento del nuovo importo e la copertura assicurativa prosegue per l'anno successivo.

Art. 13.2. Cosa succede se non viene pagato il premio

Se non viene pagata la somma concordata per attivare la *Polizza* (il c.d. premio alla firma), la *Polizza* non viene aperta.

Dopo aver pagato alla *Compagnia* il premio alla firma, il pagamento di ogni *Premio* annuale o anche solo di una sua parte deve essere fatto rispettando le scadenze previste.

Se il ritardo supera i 30 giorni, allora chiudiamo la *Polizza* per il mancato pagamento del *Premio* (come previsto dal Codice Civile) e quindi non copriamo più la *Persona assicurata* in caso di *Sinistro*.

Solo se è stato scelto il frazionamento mensile del *Premio*, come trattamento di maggior favore nei confronti dei contraenti, non chiudiamo la *Polizza* finché non sono trascorsi 90 giorni dalla scadenza del pagamento.

Però, se non vengono pagate 2 rate mensili consecutive, chiudiamo la *Polizza* dopo che sono trascorsi solo 60 giorni dalla prima rata non pagata.

**! È IMPORTANTE SAPERE**

Per giustificare i mancati pagamenti, il *Contraente* non può contestarci di non aver ricevuto gli avvisi di scadenza o che, in una precedente occasione di mancato pagamento, abbiamo agito nei suoi confronti per riscuotere le somme all'indirizzo presso cui vive.

Art. 13.3. Il pagamento dei premi arretrati (la riattivazione della polizza)

Come abbiamo spiegato all'articolo precedente, se non viene pagato il *Premio* o una sua parte, chiudiamo la *Polizza*. Però diamo la possibilità al *Contraente* di riattivarla entro 12 mesi dalla scadenza del primo pagamento non rispettato.

Se l'importo dei premi arretrati e gli interessi per il ritardo nei pagamenti (cioè i c.d. interessi di mora) vengono pagati entro i primi 6 mesi, seguendo le indicazioni date dalla *Compagnia*, allora riattiviamo la *Polizza* in automatico.

Passato questo periodo, e fino al 12° mese successivo alla scadenza del primo pagamento non rispettato, per riattivare la *Polizza* il *Contraente* deve farne espressa richiesta con una raccomandata o una PEC firmata digitalmente e pagare tutte le somme arretrate e gli interessi, seguendo le indicazioni date dalla *Compagnia*; possiamo chiedere alla *Persona assicurata* di fare nuovi accertamenti sanitari e confermiamo per iscritto al *Contraente* se riattiviamo la *Polizza*.

Tutte le volte che viene riattivata la *Polizza*, la *Persona assicurata* è protetta dalle ore 24.00 del giorno in cui vengono versate tutte le somme che ci spettano e in caso di *Sinistro* la *Compagnia* paga lo stesso *Capitale assicurato* che era stato scelto dal *Contraente*.

Passati 12 mesi dalla scadenza del primo pagamento non rispettato senza che sia stato pagato quanto dovuto alla *Compagnia*, non è più possibile riattivare la *Polizza*. Quindi, se il *Contraente* vuole ancora proteggere la *Persona assicurata*, deve fare una nuova *Polizza*.

**QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?****Art. 14. Conclusione del contratto di assicurazione**

La *Compagnia*, dopo aver incassato il *Premio* e valutato le informazioni sullo stato di salute, l'attività professionale e sportiva nonché lo stile di vita e le abitudini della *Persona assicurata*, comunica per iscritto al *Contraente* di aver accettato la proposta inviandogli il *Documento di polizza* che contiene la data da cui è iniziata la copertura assicurativa e quindi ha attivato la *Polizza*. Da quando riceve questo documento hanno effetto tutti i diritti e gli obblighi per la *Compagnia*, il *Contraente* stesso e la *Persona assicurata* (se non coincidono); in termini giuridici, il contratto di assicurazione quindi può dirsi concluso.

! 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) e non obbliga la *Compagnia* ad attivare la *Polizza* o a comunicare la sua decisione di non attivarla al *Contraente*.

Il *Contraente* può considerare rifiutata la sua proposta se non riceve il *Documento di polizza* entro 30 giorni da quando il *Modulo di proposta* è arrivato nella nostra sede.



La *Compagnia* impegna contrattualmente il distributore Banca Mediolanum a inoltrarle i moduli di proposta ed 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* ed 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*, o la sua prima parte, e sia passato il periodo di carenza (se non è stato chiesto alla *Compagnia* di escluderne l'applicazione come indicato all'art. 6). Se invece la *Compagnia* non ha ricevuto il pagamento del *Premio*, o della sua prima parte, la persona assicurata è coperta dalle ore 24 del giorno in cui lo incassa.

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

Al momento della compilazione del *Modulo di proposta*, il *Contraente* può scegliere la durata della *Polizza* per un periodo compreso tra un minimo di 7 e un massimo di 30 anni.

La copertura assicurativa finisce e quindi la *Polizza* viene chiusa in automatico:

- al termine della durata prevista;
- per l'età della *Persona assicurata*, che non è più coperta quando raggiunge i 70 anni di *Età* (come detto all'art. 2);
- in caso di *Sinistro*, se alla *Persona assicurata* viene diagnosticata una Malattia grave e la *Compagnia* paga il *Capitale assicurato*;
- in caso di decesso della *Persona assicurata*.

In tutti questi casi, si interrompe il pagamento del *Premio* e viene restituito quanto eventualmente già pagato per la copertura dei periodi successivi.



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

Art. 17. Diritto di ripensamento (la revoca e il recesso)

Su questa *Polizza*, tutte le possibilità di revoca e recesso di cui parliamo ora spettano solo al *Contraente*.

Vediamo quindi in quali casi può cambiare idea e 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* 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. 13), se il *Contraente* non vuole più aprire questa *Polizza* deve comunicarlo alla *Compagnia* con l'invio di una raccomandata A/R (in alternativa con un altro servizio postale), o con una PEC firmata digitalmente. In questo caso la *Compagnia* restituisce le somme già versate entro 30 giorni da quando riceve la comunicazione.

DOPO CHE IL CONTRATTO È CONCLUSO

Anche dopo che il contratto è stato concluso, e quindi anche se la *Compagnia* ha incassato il *Premio*, il *Contraente* può chiudere la *Polizza* entro 45 giorni dalla data di attivazione indicata sul *Documento di polizza* (in termini giuridici esercita il suo diritto di recesso, come previsto dal Codice Civile). In questo caso, deve comunicarlo alla *Compagnia* con l'invio di una raccomandata A/R (in alternativa con un altro servizio postale), o con una PEC firmata digitalmente. La *Compagnia* chiude la *Polizza* alla ricezione della richiesta e restituisce entro 30 giorni tutte le somme già pagate.

Infine, se il *Contraente* o la *Persona assicurata* non hanno più la residenza anagrafica in Italia, devono comunicarlo alla *Compagnia* che, dopo aver ricevuto la notizia, invia una raccomandata per informare il *Contraente* che la *Polizza* viene chiusa in occasione della prima scadenza annuale successiva alla notizia della variazione di residenza. Quindi la *Polizza* rimane attiva solo fino a quella data.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 18. I costi applicati al premio di polizza

Al *Premio* annuale sono applicati costi per le spese amministrative che sosteniamo per emettere e gestire la *Polizza* (sono i c.d. costi fissi); questi costi sono di 15 euro più un ulteriore importo pari al 33% del *Premio* annuale (al netto dei 15 euro).



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

Art. 19. 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).



ALTRE DISPOSIZIONI

Art. 20. 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. 31), 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. 21. Modifiche delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche della *Polizza* devono essere fatte per iscritto.

Art. 22. 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*, e dalla *Compagnia*. Spetta alla *Persona assicurata* svolgere tutte quelle azioni necessarie per consentire alla *Compagnia* di fare il pagamento del *Capitale assicurato*. Al solo fine di accertare i danni subiti, la *Persona assicurata* non può rifiutarsi



di fare quanto richiesto dalla *Compagnia*. L'*Indennizzo del Sinistro*, secondo quanto previsto dalla *Polizza*, viene pagato dalla *Compagnia* alla *Persona assicurata*.

Art. 23. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui)

Se in questa *Polizza* il *Contraente* e la *Persona assicurata* non sono la stessa persona (in termini giuridici si parla di assicurazione per conto altrui, come previsto dal Codice Civile), gli obblighi e i diritti che derivano dalla *Polizza* stessa devono essere assolti dal *Contraente*, a meno che non si tratti di quelli che possono essere assolti solo dalla *Persona assicurata* (ad esempio il diritto di ricevere il pagamento del *Sinistro*).

Spettano invece sempre e soltanto al *Contraente* i diritti di ripensamento e disdetta (come detto all'art. 17), e non serve il consenso della *Persona assicurata*.

Art. 24. La cessione della polizza (il cambio di contraenza)

Il *Contraente* può cedere il contratto di *Polizza* ad un'altra persona (in termini giuridici si parla di cambio di contraenza, come previsto dal Codice Civile), a condizione che la *Compagnia* sia d'accordo. Questa cessione è efficace da quando la *Compagnia* ne è informata con raccomandata o PEC firmata digitalmente ed è stata accettata.

A seguito della ricezione e dell'accettazione, la *Compagnia* annota il cambio di contraenza sul *Contratto di polizza* o su un documento che lo integra (in termini giuridici si parla di un'appendice contrattuale).

La *Compagnia*, infine, può far valere nei confronti del nuovo *Contraente* tutte le previsioni di queste condizioni di assicurazione, come previsto dal Codice Civile.

Art. 25. Legge applicabile alla polizza

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

Art. 26. 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.

Art. 27. 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. 28. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)

Come prevede il Codice Civile, se la *Persona assicurata* ha già o sottoscrive polizze anche con altre compagnie assicurative per le stesse garanzie previste anche da questa *Polizza*, deve comunicarlo alla *Compagnia*.

In caso di *Sinistro*, per poter ricevere l'*Indennizzo* che gli spetta, la *Persona assicurata* deve avvisare ciascuna compagnia assicurativa indicando a tutte il nome delle altre; la parte di *Indennizzo* che ogni compagnia deve pagare è ridotta, in proporzione ai criteri previsti dal rispettivo contratto di assicurazione, se la somma di tutti gli indennizzi (tolta la parte che una delle compagnie non dovesse liquidare) supera l'ammontare del danno.

Se la *Persona assicurata* non comunica volontariamente il nome delle altre compagnie assicurative, perde il diritto all'*Indennizzo*, perché le compagnie, come previsto dal Codice Civile, non sono più tenute a pagarlo.

Se invece avvisa tutte le compagnie, ma una o più non paga la propria parte di *Indennizzo*, la somma dovuta viene divisa tra le altre (che poi potranno chiedere indietro alle compagnie che non hanno pagato quanto anticipato). Se una compagnia non può pagare la propria parte perché non riesce più a rispettare i propri impegni economici (cioè è insolvente), le altre si dividono il pagamento.

Non rientrano nell'obbligo di comunicazione che abbiamo descritto le polizze che un terzo sottoscrive a favore di molte persone, tra cui rientra anche la *Persona assicurata*, sono le cosiddette polizze collettive (è il caso, ad esempio, delle polizze attivate da un'azienda per proteggere i propri dipendenti).

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. Beneficiario del capitale assicurato

Il beneficiario del *Capitale assicurato* che viene pagato dalla *Compagnia* in caso di *Sinistro* è la *Persona assicurata*, a cui, come detto in precedenza, spetta il pagamento dell'*Indennizzo* se rimane in vita per almeno 30 giorni dopo che è stata diagnosticata la Malattia grave. Solo se la *Persona assicurata* muore dopo i 30 giorni dalla diagnosi della Malattia grave, ma prima che la *Compagnia* abbia fatto in tempo a pagare l'*Indennizzo*, allora il pagamento viene fatto a favore dei suoi eredi, testamentari o legittimi, dopo che abbiamo ricevuto tutti i documenti necessari per verificare che abbiano diritto al pagamento stesso.

Art. 31. 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, ad 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 10540610960 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 19/06/2026

È un prodotto di

