

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - T +39 02 9049.1 - Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Mediolanum Vita S.p.A. - Società con unico Socio - mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it www.mediolanumassicurazioni.it



**Mediolanum Polizza Protezione Mutuo**  
**Modulo di adesione alla Polizza Collettiva n. 981/52/4304232**  
**stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.**

Spett.le  
MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.  
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris  
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

**Data di ultimo aggiornamento 06/09/2024**

Richiesta mutuo N.: \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data di sottoscrizione \_\_\_\_\_

**AGEVOLAZIONI**

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

**SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 1**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Codice cliente \_\_\_\_\_ Percentuale di indennizzo  25%  50%  75%  100%  
 **Lavoratore dipendente privato\***  **Non Lavoratore Dipendente Privato (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)\***  
\* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo.  
ID Raccomandazione Personalizzata \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO**

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti). Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico per i seguenti tipi di tumore.

- 1 anno per tumore a: 1) colon-retto, stadio I, diagnosticato a qualsiasi età; 2) mammella, stadio I-II, diagnosticato a qualsiasi età; 3) testicolo, diagnosticato a qualsiasi età; 4) tiroide, per le donne diagnosticato prima del compimento dei 55 anni di età e per gli uomini prima del compimento dei 45 anni di età. Sono esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi;
- 5 anni per tumore a: 1) utero (corpo), diagnosticato a qualsiasi età; 2) linfomi di Hodgkin, diagnosticati prima del compimento dei 45 anni di età; 3) leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi), diagnosticate a qualsiasi età;
- 6 anni per tumore a: 1) utero (collo) e 2) melanoma, diagnosticati oltre il compimento dei 21 anni di età;
- 7 anni per tumore al colon-retto, stadio II-III, diagnosticato oltre il compimento dei 21 anni di età.

Qualora informazioni relative a patologie oncologiche venissero riportate dall'assicurato durante la fase assuntiva, le stesse si intendono riferite ad una patologia in atto.

Se la Compagnia fosse in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurato può inviare, mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata), l'apposita certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative che saranno emanate con Decreto del Ministero della salute nei termini indicati dalla Legge. In tal caso, la Compagnia non potrà più utilizzare tali informazioni ai fini della determinazione delle condizioni contrattuali.

**Per poter essere protetto l'Aderente/Assicurando 1 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:**

- è mai stato affetto da:
 

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

**Se ad una delle domande è stato risposto "SI" è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. Ad esempio: in caso di invalidità permanente >10% allegare certificazione del grado di invalidità, rilasciata da enti autorizzati, con relativa motivazione o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è**

stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel questionario; nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.

L'Aderente/Assicurando libera dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza da subito la Compagnia ad acquisire copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e copia degli accertamenti medici effettuati.

**Avvertenze:**

- prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'aderente/assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- se l'aderente/assicurando o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad es. un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge;
- l'aderente/assicurando può chiedere di fare una visita medica per certificare il suo stato di salute, con costi che però sono a suo carico.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 \_\_\_\_\_

**SEZIONE RELATIVA ALL'ADERENTE/ASSICURANDO 2**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice cliente \_\_\_\_\_ Percentuale di indennizzo  25%  50%  75%  100%

**Lavoratore dipendente privato\***  **Non Lavoratore Dipendente Privato (Lav. Autonomo/Dip. Pubblico/Non Lavoratore)\***

\* Le definizioni sono riportate in fondo a questo modulo.

ID Raccomandazione Personalizzata \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO**

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti).

Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico per i seguenti tipi di tumore.

- 1 anno per tumore a: 1) colon-retto, stadio I, diagnosticato a qualsiasi età; 2) mammella, stadio I-II, diagnosticato a qualsiasi età; 3) testicolo, diagnosticato a qualsiasi età; 4) tiroide, per le donne diagnosticato prima del compimento dei 55 anni di età e per gli uomini prima del compimento dei 45 anni di età. Sono esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi;
- 5 anni per tumore a: 1) utero (corpo), diagnosticato a qualsiasi età; 2) linfomi di Hodgkin, diagnosticati prima del compimento dei 45 anni di età; 3) leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi), diagnosticate a qualsiasi età;
- 6 anni per tumore a: 1) utero (collo) e 2) melanoma, diagnosticati oltre il compimento dei 21 anni di età;
- 7 anni per tumore al colon-retto, stadio II-III, diagnosticato oltre il compimento dei 21 anni di età.

Qualora informazioni relative a patologie oncologiche venissero riportate dall'assicurando durante la fase assuntiva, le stesse si intendono riferite ad una patologia in atto.

Se la Compagnia fosse in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurato può inviare, mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata), l'apposita certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative che saranno emanate con Decreto del Ministero della salute nei termini indicati dalla Legge. In tal caso, la Compagnia non potrà più utilizzare tali informazioni ai fini della determinazione delle condizioni contrattuali.

**Per poter essere protetto l'Aderente/Assicurando 2 deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione al proprio stato di salute:**

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

**Se ad una delle domande è stato risposto "SI" è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute.**

**Ad esempio: in caso di invalidità permanente >10% allegare certificazione del grado di invalidità, rilasciata da enti autorizzati, con relativa motivazione o, nel caso sia ancora in corso di valutazione, documentazione utile a comprendere la motivazione per la quale è stata richiesta; allegare certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel questionario; nel caso si sia verificato un ricovero allegare la cartella clinica.**

L'Aderente/Assicurando libera dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza da subito la Compagnia ad acquisire copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e copia degli accertamenti medici effettuati.

**Avvertenze:**

- prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'aderente/assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- se l'aderente/assicurando o altro soggetto autorizzato a rispondere per lui (ad es. un tutore legale) non fornisce dichiarazioni vere e corrette su aspetti che influiscono sulla decisione della Compagnia di proteggerlo o non proteggerlo, potrebbe non avere più diritto all'indennizzo o vederlo ridotto, come per Legge;
- l'aderente/assicurando può chiedere di fare una visita medica per certificare il suo stato di salute, con costi che però sono a suo carico.

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 \_\_\_\_\_

## ADESIONE ALLA POLIZZA

### IL PREMIO DI POLIZZA

Ogni Aderente/Assicurando, dichiara di voler aderire alla Polizza collettiva n. 981/52/4304232 stipulata tra Banca Mediolanum S.p.A. e Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Il Premio unico e anticipato è determinato dalla somma dei premi relativi alle componenti A e B indicate di seguito.

#### Lavoratore Dipendente Privato

- A) Premio per le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia: Importo Mutuo Finanziato x durata del Mutuo\* x 0,1038%.  
B) Premio per le garanzie Malattia Grave e Perdita di lavoro: Prima rata di Ammortamento x 295%.

#### Non Lavoratore Dipendente Privato (Lavoratore Autonomo/Dipendente Pubblico/Non Lavoratore)

- A) Premio per le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia: Importo Mutuo Finanziato x durata del Mutuo\* x 0,1038%.  
B) Premio per le garanzie Malattia Grave e Grande Intervento Chirurgico: Prima rata di Ammortamento x 295%.

### COME PAGARE IL PREMIO DI POLIZZA

Il premio di polizza da pagare pari ad euro \_\_\_\_\_ sarà aggiunto all'importo richiesto a titolo di mutuo e successivamente sottratto dall'importo erogato.

Il totale dei costi, compresi nel premio, è pari ad euro \_\_\_\_\_ di cui euro \_\_\_\_\_ rappresenta l'importo che spetta al Distributore a titolo di provvigione.

\* Comprensiva del periodo di preammortamento, se superiore a 30 giorni.

**Resta inteso che, se cambiano le condizioni del mutuo (l'importo di mutuo finanziato, la durata e il suo tasso di interesse), l'importo del premio o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche.**

**In caso di variazioni, l'importo del Premio effettivamente dovuto sarà comunicato a ogni Aderente/Assicurando.**

### RIEPILOGO DEL PREMIO DI POLIZZA

Garanzie scelte Assicurando 1	Premio Lordo *
Invalidità Permanente da Infortunio	€
Invalidità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
<b>Totale Assicurando 1</b>	<b>€</b>
<b>Garanzie scelte Assicurando 2</b>	
Invalidità Permanente da Infortunio	€
Invalidità Permanente da Malattia	€
Malattia Grave	€
Grande Intervento Chirurgico o Perdita di Lavoro	€
<b>Totale Assicurando 2</b>	<b>€</b>
<b>TOTALE PREMIO* =</b>	<b>€</b>

\* Nel premio di polizza è compresa la garanzia "Premio Futuro", offerta gratuitamente da Mediolanum Assicurazioni S.p.A. e operante dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, fatto salvo il periodo di carenza, fino alla scadenza del mutuo. Per i dettagli si rinvia alle Condizioni di Assicurazione.

\*\*\*

### DA QUANDO SI È ASSICURATI

In considerazione delle finalità della polizza e dell'esigenza manifestata dall'Aderente, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di stipula del mutuo (data iniziale), anche in caso di collocamento della polizza a distanza.

Fermi i limiti previsti contrattualmente, la garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia" sarà operante fino alla data di scadenza del mutuo originariamente convenuta. Tutte le altre garanzie saranno operanti per i primi 15 anni del mutuo, con possibilità - per mutui di durata superiore a 15 anni - di essere prolungate annualmente con pagamento di un premio annuo, tacitamente rinnovabile sino alla scadenza del mutuo.

**Ogni Aderente/Assicurando prende atto della possibilità di cambiare idea e chiudere la polizza, cioè recedere dal contratto. Il diritto di ripensamento può essere fatto valere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza (cioè da quando viene stipulato il mutuo), come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.**

**Inoltre, prende atto che, trascorso detto periodo, ha la possibilità di bloccare il rinnovo della polizza ogni anno, cioè disdirlo, con un preavviso minimo di 60 giorni prima della ricorrenza annuale del contratto e sarà comunque coperto fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui ha esercitato tale diritto, dopodiché la Polizza verrà chiusa.**

**In entrambi i casi, il premio pagato - al netto delle spese amministrative (pari a Euro 25), delle imposte versate e della quota parte del premio utilizzata per coprire chi è assicurato ogni giorno prima del ripensamento - sarà rimborsato nelle modalità previste nel contratto.**

**Ogni Aderente/Assicurando, si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia ogni modifica alla propria condizione lavorativa, come sopra indicata. In tali casi ogni Aderente/Assicurando è consapevole che la Compagnia attiverà la garanzia prevista per la nuova condizione lavorativa.**

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI E FIRME

#### Ogni Aderente/Assicurando

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

NON CARTACEA (file pdf)     CARTACEA

Se scelto il formato elettronico (file pdf), in sostituzione di quello cartaceo, dichiara di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentano di consultare e gestire autonomamente documenti in formato elettronico, archiviati su supporto durevole. È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto elencati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.

Resta salvo il diritto di modificare la scelta fatta in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

**Ogni Aderente/Assicurando dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, il Set Informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale Danni (c.d. DIP Danni), dal Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni (c.d. DIP Aggiuntivo Danni) e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario.**

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

**Ogni Aderente/Assicurando** in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di un consulente della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi. Dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico (file pdf), quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata.

**Ogni Aderente/Assicurando**, dichiara di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia [www.mediolanumassicurazioni.it](http://www.mediolanumassicurazioni.it), le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance).

**Ogni Aderente/Assicurando**, dichiara di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, resa ai sensi della vigente normativa in materia dei dati personali nel quadro del Regolamento UE 2016/679 e di voler prestare il consenso al trattamento dei dati di natura particolare.

**Ogni Aderente/Assicurando** dichiara di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato Italiano; si impegna pertanto a comunicare tempestivamente alla Compagnia l'eventuale variazione di residenza. In tal caso, la Compagnia recede dal Contratto e comunica all'Aderente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 \_\_\_\_\_

### CONDIZIONI DA APPROVARE IN MODO SPECIFICO

**Ogni Aderente/Assicurando** dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni che riguardano la copertura assicurativa ed, in particolare: Art. 1 "Chi può essere assicurato"; Art. 5 "Chi non può essere assicurato"; Art. 9 "Casi in cui non si ha diritto all'indennizzo (le esclusioni)"; Art. 9.1 "Casi in cui non si ha diritto all'indennizzo per Malattia grave"; Art. 9.2 "Casi in cui non si ha diritto all'indennizzo per Perdita di Lavoro (per un Lavoratore Dipendente Privato)"; Art. 11 "Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del sinistro)"; Art. 16 "Da quando non si è più assicurati "; Art. 18 "Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)"; Art. 31 "Il sistema alternativo per risolvere i disaccordi (l'arbitrato)".

Firma dell'Aderente/Assicurando 1 \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente/Assicurando 2 \_\_\_\_\_

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

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

Cognome e Nome del Credit Specialist \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_

Il Credit Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI  NO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

### DEFINIZIONI

**LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:** Persona fisica che lavora presso Aziende o Enti privati, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, con un orario settimanale di almeno 16 ore, anche se: a tempo determinato; di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); di apprendistato; di lavoro intermittente.

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

#### NON LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:

- **Lavoratore Autonomo (es. un libero professionista):** Chi non è lavoratore dipendente e che non ha dichiarato redditi da lavoro dipendente l'anno precedente. Per questa Polizza-Convention, rientrano nel concetto di lavoratori autonomi:

- i lavoratori soci di cooperative; i soggetti che ricevono borse o assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento, i soggetti che ricevono indennità parlamentari ed assimilate;
- i lavoratori dipendenti con contratto di lavoro stipulato all'estero e regolato da una legge diversa da quella italiana.

- **Lavoratore Dipendente Pubblico (es. impiegato comunale):** Chi lavora, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli istituti autonomi Case Popolari, le camere di commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura e loro associazioni, tutti gli Enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti di Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie che svolgono attività a carattere tecnico-operativo di interesse nazionale e che operano al servizio delle amministrazioni pubbliche anche regionali e locali. Sono anche considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli Enti pubblici parastatali come previsti dalla legge.

- **Non Lavoratore (es. casalinghi, studenti e pensionati):** Chi non è lavoratore autonomo o lavoratore dipendente (né privato né pubblico). Sono inoltre considerati non lavoratori i pensionati (anche se svolgono un'attività), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore oppure con contratti di lavoro accessorio oppure occasionale oppure che al momento dell'adesione si trovino collocati in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o Straordinaria.