

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI:
- DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO
- INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Mediolanum New Generation Protection

Il presente fascicolo informativo contenente:

a) la Nota Informativa comprensiva del Glossario

b) le Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente/Assicurato prima dell'adesione al contratto di assicurazione "Mediolanum New Generation Protection" convenzione n° 982/52/4470002.

AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

È un prodotto di



NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - L'impresa è stabilita nella Repubblica Italiana con:

- Sede Legale e Direzione: Via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio (MI)
- Codice Fiscale / Partita IVA / Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano n. 02430620159
- Tel. +39 02.9049.1
- Sito Internet www.mediolanumassicurazioni.it
- Indirizzo e-mail info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it

Mediolanum Assicurazioni è 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa al 31/12/2016

Il patrimonio netto dell'impresa è di € 39.944.837, di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000;
- la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 14.144.837.

A seguito dell'entrata in vigore della Direttiva Solvency (Direttiva Quadro 2009/138/UE che riporta i principi fondamentali del nuovo regime e Regolamento 2015/35/UE che reca previsioni di dettaglio sul nuovo regime, di recente modificato dal Regolamento delegato UE 2016/467), la Compagnia ha calcolato i nuovi ratio patrimoniali conformemente alla disciplina di settore. In particolare il Solvency Capital Requirement Ratio calcolato sulla base dei dati ad oggi disponibili è pari a 200,49%, il Minimum Capital Requirement Ratio è pari a 588,89%.

Il Solvency Capital Requirement (SCR) deve riflettere e misurare il livello di capitale che consente all'impresa di assicurazione di assorbire significative perdite inattese e fornire una ragionevole sicurezza agli assicurati. Rappresenta il capitale che deve esser detenuto dall'impresa di assicurazione per garantire che la stessa sia in grado di soddisfare tutti gli impegni esistenti (e a quelli che si presuppone vengano assunti nei 12 mesi successivi) su un dato orizzonte temporale con un predefinito livello di confidenza (un anno e 99,5%).

Il Minimum Capital Requirement (MCR) rappresenta il livello di capitale minimo al di sotto del quale l'operatività di un'impresa assicurativa presenta un rischio inaccettabile per gli assicurati, tale da rendere necessari interventi di Vigilanza più gravi.

AVVERTENZA: gli eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno resi disponibili sul sito internet www.mediolanumassicurazioni.it a far data dal 31 maggio di ogni anno.

B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Le coperture assicurative saranno operanti, in funzione del numero dei versamenti previsti dal Piano dei Premi Programmati indicati dall'Aderente nel Modulo di adesione, per le seguenti durate:

Versamenti previsti dal Piano dei Premi Programmati	132	156	192	228
Durata copertura assicurativa	10 anni	12 anni	15 anni	18 anni

AVVERTENZA: Indipendentemente dalla durata dell'assicurazione, le Parti possono recedere dalla stessa annualmente, dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale.

In assenza di disdetta inviata dalle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, il contratto si rinnoverà tacitamente di anno in anno, fermo restando che l'assicurazione cesserà, senza obbligo di disdetta tra le parti, alle ore 24.00 del giorno, mese e anno della scadenza contrattuale indicata sul documento di polizza. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione garantisce all'Aderente/Assicurato le seguenti prestazioni (vedi Condizioni di Assicurazione Artt. 20-24): in caso di Decesso da Infortunio o di Invalità Permanente da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 66%, un indennizzo di importo pari alla somma dei futuri versamenti previsti del Piano dei Premi Programmati del prodotto finanziario assicurativo di tipo Unit Linked, stipulato dall'Aderente/Assicurato con Mediolanum Vita S.p.A., denominato Mediolanum New Generation. L'indennizzo è comunque limitato al massimo importo di € 75.000.

AVVERTENZA: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 3 e 17 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede l'applicazione di franchigie, di massimali e di carenze; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Artt. 21, 22, 24 e 25 delle Condizioni di Assicurazione.

Per Franchigia si intende la parte di danno che resta a carico dell'Aderente/Assicurato. Può essere espressa in cifra fissa o in percentuale. Per la garanzia Invalità Permanente, sia da Infortunio che da Malattia, è applicata una Franchigia pari al 66%. Pertanto non verrà riconosciuto alcun indennizzo per invalidità permanenti da Infortunio o Malattia di grado inferiore al 66%.

Esempio

Grado Invalità Permanente accertato	Somma assicurata	Indennizzo corrisposto
60%	€ 60.000	€ 0
66%	€ 60.000	€ 60.000

Il massimale è l'importo fino alla concorrenza del quale viene prestata la garanzia, lo stesso è pari a 75.000 euro.

Esempio

Capitale assicurato pari alla somma dei versamenti programmati	Massimale	Indennizzo
€ 95.000	€ 75.000	€ 75.000
€ 60.000	€ 75.000	€ 60.000

AVVERTENZA: l'assicurazione vale per persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni e termina per quelle che raggiungono tale limite di età. L'età massima di ingresso dell'Assicurando al piano assicurativo è di 65 anni. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 4 comma c) delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: la polizza prevede un periodo di carenza in caso di Invalità Totale e Permanente da Malattia e pertanto l'indennizzo non verrà corrisposto nel caso di Sinistro conseguente a Malattia che si verifichi entro 60 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (vedi Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione).

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato, su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo

e la cessazione della copertura assicurativa. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: il sottacere l'esercizio di uno sport rischioso escluso dall'Art. 17 delle condizioni di polizza comporterà la perdita totale dell'indennizzo.

AVVERTENZA: non sono previsti particolari casi di nullità se non quelli stabiliti dalla Legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Aderente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni circostanza rilevante che determini l'aggravamento o la diminuzione del rischio; per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 4 comma a) e b) e 17 delle Condizioni di assicurazione.

Esempio: il manifestarsi in corso di contratto di sindromi epilettiche aumenta sensibilmente il rischio di Infortunio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per la determinazione del premio e della prestazione assicurata non si è tenuto conto della professione esercitata, pertanto l'Aderente/Assicurato è esonerato dal comunicare alla Compagnia l'eventuale variazione.

7. Premi

Il pagamento dei premi avviene con periodicità annuale.

Il pagamento del premio avviene mediante addebito diretto per tutta la durata del contratto esclusivamente sul conto corrente intrattenuto dall'Aderente/Assicurato presso la Contraente Banca Mediolanum S.p.A..

Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: La Compagnia può applicare sconti di premio alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della Compagnia; 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 Gruppo Mediolanum nonché dipendenti o collaboratori continuativi delle società controllate e collegate ai soggetti partecipanti al patto di sindacato della controllante Banca Mediolanum S.p.A.. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.

La Compagnia o il distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio non sono soggetti ad adeguamento.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo è facoltà delle Parti recedere o dalla singola applicazione colpita da Sinistro o dall'intera polizza Convenzione, ferma la copertura assicurativa per le applicazioni in essere al momento della disdetta stessa, con preavviso di 30 giorni da comunicarsi all'altra Parte per lettera raccomandata. In ogni caso indipendentemente dalla durata dell'assicurazione, le Parti potranno recedere annualmente dalla polizza dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rimanda all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, se l'Aderente/Assicurato non adempie dolosamente l'obbligo di avviso del sinistro o di salvataggio per evitare o ridurre il danno, decade dal diritto all'indennizzo; se l'omissione è colposa, la Compagnia ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio subito.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Regime fiscale

12.1 Imposta sui premi

Ai premi per le garanzie infortuni e malattia è applicata un'imposta sui premi del 2,5%.

12.2 Detrazione dei premi versati

Alla data di predisposizione del presente Fascicolo la normativa fiscale (Art. 15, lett. f, D.P.R. 22/12/86, n. 917 e successive modifiche) consente al Contraente di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi a favore delle assicurazioni aventi per oggetto esclusivo i rischi di morte o di invalidità permanente superiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, versati nell'anno solare nella misura e per gli importi massimi definiti dal citato articolo di legge.

Nel computo degli importi massimi detraibili si deve tener conto anche dei premi versati per altre polizze che consentono la detrazione alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Qualora il contratto sia finalizzato alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima Legge, lo status di "disabilità grave" del(i) beneficiario(i) dovrà essere comunicato alla Compagnia mediante l'invio della copia della apposita certificazione.

12.3 Tassazione della prestazione erogata

Le somme corrisposte al verificarsi delle prestazione assicurata sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e, in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato, dall'imposta delle successioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: l'insorgenza del Sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

In caso di Sinistro, la Contraente o l'Aderente/Assicurato devono darne comunicazione alla Compagnia. La comunicazione alla Compagnia dovrà essere inviata al più presto e comunque entro e non oltre 20 giorni dalla data di accadimento del Sinistro. Per la denuncia del Sinistro alla Compagnia la Contraente o l'Aderente/Assicurato potranno utilizzare la modulistica allegata al presente fascicolo, si rimanda per i dettagli all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione, così come si rimanda al successivo Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione per la determinazione dei criteri di indennizzo.

14. Reclami

Secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti, Mediolanum Assicurazioni riceve e gestisce i reclami di propria pertinenza anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia, dando riscontro al reclamante entro 45 giorni dal loro ricevimento. Pertanto per la gestione dei reclami di propria competenza, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, e dell'archivio reclami, la Compagnia si è dotata di una specifica funzione aziendale (l' "Ufficio Reclami") e ne garantisce l'imparzialità di giudizio mediante un'appropriata collocazione organizzativa e idonee procedure tese ad evitare conflitti con le strutture o i soggetti il cui comportamento è oggetto di reclamo. Stante quanto sopra, i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, dovranno essere indirizzati a:

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it.

Con riferimento ai reclami attinenti al comportamento di Banca Mediolanum S.p.A. in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza - inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e dei collaboratori della stessa - gli stessi sono invece trattati dall'Ufficio Reclami di Banca Mediolanum S.p.A., via F. Sforza - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20080 Basiglio - MI (recapiti completi disponibili sul sito www.bancamediolanum.it/reclami-ricorsi-conciliazione), che è parimenti tenuta a dare riscontro al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento. Resta inteso che gli eventuali reclami indirizzati alla Compagnia, ma aventi ad oggetto il comportamento di Banca Mediolanum S.p.A., nonché i reclami indirizzati alla Banca, ma aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale in qualità di intermediario che promuove e distribuisce la presente polizza, saranno prontamente e rispettivamente inoltrati dalla Compagnia alla Banca o viceversa, che provvederanno a rispondere ciascuna per quanto di propria

competenza nel rispetto delle tempistiche sopra indicate, dandone contestuale notizia al reclamante. In tale caso, i termini di riscontro decorreranno dalla data di ricezione del reclamo presso la Società ritenuta competente ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta al reclamante, le imprese forniscono una chiara spiegazione della propria posizione e lo informano in merito alla possibilità, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, di rivolgersi all'IVASS o ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, specificandone le modalità. Pertanto, qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro, da parte della Compagnia o dell'Intermediario, nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. I reclami indirizzati all'IVASS sono predisposti utilizzando l'apposito modello disponibile sul sito dell'IVASS medesima e comunque devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione o all'intermediario e copia dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi, la cui risposta non sia pervenuta entro il termine previsto o ritenuta non soddisfacente dal reclamante;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

L'IVASS, ricevuto il reclamo, avvia senza ritardo l'attività istruttoria dandone notizia al reclamante entro il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Nel corso dell'istruttoria l'IVASS, oltre che al reclamante, può richiedere dati, notizie o documenti ai soggetti sui quali esercita la vigilanza, i quali forniscono riscontro nel termine di 30 giorni dalla ricezione della richiesta. L'IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunica al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro il termine di 90 giorni dall'acquisizione degli stessi. La stessa può, inoltre, chiedere all'impresa o all'intermediario di fornire chiarimenti sul reclamo direttamente al reclamante e di trasmettere all'IVASS copia della risposta fornita al reclamante. Se ritiene la risposta dell'impresa non soddisfacente, l'IVASS prosegue l'attività istruttoria comunicandone l'esito al reclamante entro il termine di 90 giorni dalla ricezione del reclamo, fatti salvi i casi di sospensione dovuti alla richiesta di informazioni o all'acquisizione di dati. L'IVASS informa il reclamante nel caso di ricezione di reclami che esulano dalla propria competenza, trasmettendoli, se del caso, alla Consob o alla COVIP.

In alternativa si ricorda che, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; a tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

15. Arbitrato

Qualora tra l'Aderente/Assicurato o i suoi aventi diritto e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze del Sinistro, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo nominato di comune accordo dai medici stessi o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'infortunio o della Malattia, ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali.

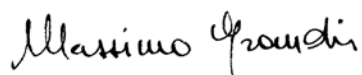
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. L'Aderente/Assicurato deve trasmettere la documentazione completa relativa al Sinistro

prima dell'inizio dell'arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell'arbitrato stesso l'Aderente/Assicurato proceda all'esibizione di ulteriore documentazione che possa influire sull'esito, è data facoltà al Collegio di rinviare la riunione per un periodo non superiore a 60 (sessanta) giorni, per consentire alla Compagnia il riesame del Sinistro alla luce dei nuovi elementi di giudizio. Nel momento in cui la documentazione risulti influente ai fini della valutazione del Sinistro, sono a carico dell'Aderente/Assicurato le eventuali maggiori spese conseguenti alla ritardata esibizione dei documenti.

Avvertenza: in ogni caso resta salva per l'Aderente/Assicurato la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, salvo quanto previsto in materia di procedimento di mediazione obbligatorio, ove previsto quale condizione di procedibilità ai sensi del D. lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.
Amministratore Delegato
e Rappresentante Legale
Massimo Grandis

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Massimo Grandis', written in a cursive style.

GLOSSARIO

Aderente/Assicurato: la Persona Fisica che, sottoscrivendo il Modulo di Proposta del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked denominato "Mediolanum New Generation Protection" (mod. MNG 03-2017 Mdp e successivi) ha aderito alla polizza convenzione n° 982/52/4470002 stipulata tra la Contraente e la Compagnia, come di seguito definite, e per la quale è prestata l'assicurazione.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Compagnia: Mediolanum Assicurazioni S.p.A.

Contraente: Banca Mediolanum S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei clienti che sottoscrivono, tramite la propria Rete di distribuzione, il prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked di Mediolanum Vita S.p.A. denominato "Mediolanum New Generation".

Convenzione: è il contratto stipulato tra la Compagnia e la Contraente che regola le condizioni delle coperture assicurative che si applicano agli Aderenti.

Copertura Assicurativa: rappresenta la garanzia assicurativa prestata all'Assicurato dalla Compagnia che, ai sensi delle condizioni specifiche di polizza, si obbliga al pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Data di Decorrenza: (o data di effetto della copertura assicurativa) è il giorno di perfezionamento del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked di Mediolanum Vita denominato Mediolanum New Generation indicato nel Modulo di adesione.

Franchigia: per Franchigia si intende la parte di danno che resta a carico dell'Aderente/Assicurato. Può essere espressa in cifra fissa o in percentuale.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dalla Compagnia in base alle condizioni di assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Mediolanum New Generation: prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked della Compagnia Mediolanum Vita S.p.A.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di adesione: è la sezione predisposta dalla Compagnia per la dichiarazione di adesione alla polizza convenzione "Mediolanum New Generation Protection" n° 982/52/4470002, integrata all'interno del modulo di proposta del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked denominato Mediolanum New Generation della Compagnia Mediolanum Vita S.p.A. (mod. MNG - ED. 03/2017 Mdp e successivi)

Parti: Aderente, Compagnia, Contraente.

Piano dei Premi Programmati: Modalità di investimento dei premi stabilita dal Cliente sottoscrittore del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation al momento della sottoscrizione del contratto.

Polizza: la Polizza Convenzione n° 982/52/4470002 stipulata fra Contraente e Compagnia.

Premio: la somma dovuta alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.

Reclamante: soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio l'Aderente/Assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Reclamo: dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Articolo 1. Oggetto dell'assicurazione

Le Coperture Assicurative di seguito riportate si intendono prestate **a favore dell'Assicurato**, nominativamente indicato nel Modulo di adesione (mod. MNG - ed. 03/2017 Mdp e successivi), che ha espresso, tramite la sottoscrizione del Modulo stesso, la volontà di aderire alla Polizza "Mediolanum New Generation Protection" in qualità di Sottoscrittore del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation della Compagnia Mediolanum Vita S.p.A.

La Compagnia riconosce agli Assicurati che hanno espresso la volontà di aderire alla convenzione n° 982/52/4470002, salvo il buon fine del pagamento del premio di cui al successivo Art. 8, l'indennizzo previsto per le seguenti prestazioni assicurative:

- **Morte da Infortunio;**
- **Invalidità Permanente Totale da Infortunio;**
- **Invalidità Permanente Totale da Malattia.**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato, identificato con Cognome e Nome nel Modulo di adesione (mod. MNG - ed. 03/2017 Mdp e successivi), ovvero su altra modulistica predisposta dalla Contraente e autorizzata dalla Compagnia, subisca nello svolgimento:

- **delle attività professionali principali e secondarie;**
 - **di ogni altra attività che l'Aderente/Assicurato svolga senza carattere di professionalità;**
- purché tali attività non rientrino in quelle espressamente indicate nell'Art. 17 ("Esclusioni").**

La prestazione assicurativa **per l'Invalidità Permanente da Malattia è operante a condizione che la Malattia:**

- **sia insorta e si sia manifestata successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e purché siano trascorsi i periodi di carenza previsti nell'Art. 25;**
- **sia insorta durante l'efficacia della polizza e manifestatasi non oltre un anno dopo la cessazione della stessa.**

Articolo 2. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione della Copertura Assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 3. Rischi aggiuntivi

a) Infortuni derivanti da colpa grave e tumulti popolari.

Si considerano in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato (a deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile).

Si considerano in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (a deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile).

b) Rischio di calamità naturali.

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche (a deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile e a parziale deroga del comma g) Art. 17 "Esclusioni").

Sono compresi nella presente assicurazione gli infortuni causati da alluvioni e inondazioni.

Resta comunque convenuto che, in caso di evento - movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione - che colpisca più Assicurati con la Compagnia, l'esborso massimo da parte di quest'ultima **non potrà superare la somma di euro 10.000.000 per l'intero evento**. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Aderente/Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

c) Rischio guerra.

Sono compresi gli infortuni derivanti da guerra e da insurrezione che l'Aderente/Assicurato subisca fuori dal territorio

della Repubblica Italiana, **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'insorgere di tali eventi, a condizione che questi abbiano sorpreso l'Assicurato mentre già si trovava nello Stato nel quale si sono manifestati (a parziale deroga del comma g) dell'Art. 17 "Esclusioni").

d) Rischio volo.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei, di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti; salvo quanto previsto dall'Art. 17 comma p) "Esclusioni". Nell'ambito del servizio contemplato nel presente punto (rischio volo) resta inteso che la copertura assicurativa inizia nel momento in cui l'Aderente/Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso.

Resta inoltre convenuto che, in caso di incidente aeronautico che colpisca l'Aderente/Assicurato e/o altre persone assicurate con altre polizze della Compagnia, **l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare la somma di euro 1.000.000 per persona ed euro 10.000.000 per aeromobile per il caso di Invalidità Permanente.**

Nel caso l'indennizzo complessivamente dovuto ecceda il limite sopra indicato, l'indennizzo spettante a ciascun Aderente/Assicurato sarà ridotto in proporzione alle singole somme assicurate.

e) Rischi sportivi.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Aderente/Assicurato subisca durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo dilettantistico o amatoriale, anche nel caso in cui l'Aderente/Assicurato pratichi o partecipi a gare svolte, a titolo non professionistico, sotto l'egida delle competenti Federazioni, **salvo quanto previsto dall'Art. 17 comma o) "Esclusioni".**

Articolo 4. Persone assicurabili - Persone non assicurabili - Limiti di età

a) Persone assicurabili.

È assicurabile la Persona Fisica, nominativamente indicata nel Modulo di adesione che ha espresso, tramite la sottoscrizione del Modulo stesso, la volontà di aderire alla Polizza "Mediolanum New Generation Protection" in qualità di Contraente del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation emesso dalla Compagnia Mediolanum Vita S.p.A..

b) Persone non assicurabili.

Non è assicurabile, la Persona Fisica affetta da:

- **dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci);**
- **infezione da HIV;**
- **psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindromi organiche cerebrali.**

Qualora sia stata stipulata, l'assicurazione, per tale Persona Fisica, cessa automaticamente con il manifestarsi di tali affezioni.

c) Limiti di età.

L'assicurazione vale per persone di età:

- non inferiore a 18 anni;
- non superiore a 75 anni e termina per quelle che raggiungono tale limite di età.

Pertanto, qualora l'Aderente/Assicurato raggiunga tale limite di età nel corso della durata della polizza, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75° anno.

L'età massima di ingresso dell'Assicurando al piano assicurativo è di 65 anni.

Le persone fisiche di età superiore ai 60 anni sono assicurabili a condizione che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Articolo 5. Effetto dell'Assicurazione

La Copertura Assicurativa nonché tutti gli obblighi e oneri che il contratto di assicurazione pone a carico della Compagnia, **fermo restando i periodi di carenza e di Franchigia previsti per le singole garanzie e il limite di età massima per la validità dell'assicurazione**, avranno effetto dalle ore 24.00 della data di perfezionamento del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation, fermo restando il buon fine del pagamento dei premi.

Articolo 6. Durata dell'Assicurazione - Termini di disdetta

Le coperture assicurative saranno operanti, in funzione del numero dei versamenti previsti dal Piano dei Premi Programmati indicati dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di adesione, per le seguenti durate:

Versamenti previsti dal Piano dei Premi Programmati	132	156	192	228
Durata copertura assicurativa	10 anni	12 anni	15 anni	18 anni

Resta comunque espressamente convenuto che il contratto cesserà, senza obbligo di disdetta fra le Parti, alle ore 24 del giorno, mese e anno della scadenza contrattuale determinata in base alla scelta di durata effettuata.

Indipendentemente dalla durata dell'assicurazione, le Parti potranno recedere annualmente dalla polizza dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

La disdetta dovrà essere inviata presso l'indirizzo della Contraente Banca Mediolanum S.p.A..

Articolo 7. Cessazione dell'Assicurazione

La Copertura Assicurativa termina alle ore 24.00 del giorno stabilito in base al piano prescelto oppure dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) disdetta di una delle Parti;
- b) raggiungimento del limite di età dell'Aderente/Assicurato (75 anni);
- c) in caso di Sinistro liquidato;
- d) in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato dovuto a cause diverse dall'infortunio;
- e) nel caso di recesso del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation;
- f) nel caso di storno del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation successivamente al perfezionamento dello stesso.

La Copertura assicurativa cesserà, altresì, alla scadenza anniversaria nel caso di:

- a) riscatto totale del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation;
- b) variazione della Persona Fisica che riveste la qualità di Contraente ed Aderente/Assicurato del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation;
- c) disdetta della copertura assicurativa nei termini previsti dall'Art. 6.

Articolo 8. Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto in base a quanto previsto all'articolo 5 se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Se l'Aderente/Assicurato non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza annua e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il premio lordo annuo, costante per tutta la durata dell'assicurazione, viene indicato nella tabella sottostante ed è determinato dall'incrocio tra il valore della rata unitaria del prodotto finanziario-assicurativo di tipo Unit Linked Mediolanum New Generation e il piano dei versamenti prescelto per il medesimo in fase di sottoscrizione. La tabella sottostante è riportata parimenti sul Modulo di adesione a "Mediolanum New Generation Protection".

Il premio lordo annuo verrà addebitato, ad ogni scadenza annuale, direttamente sul conto corrente di Banca Mediolanum dell'Aderente che avrà l'onere di garantire la necessaria provvista.

RATA UNITARIA Piano Mediolanum New Generation		PIANO VERSAMENTI Mediolanum New Generation			
		132	156	192	228
Da €	A €	Premio annuo € Mediolanum New Generation Protection	Premio annuo € Mediolanum New Generation Protection	Premio annuo € Mediolanum New Generation Protection	Premio annuo € Mediolanum New Generation Protection
100	149	27	34	45	59
150	199	38	48	63	83
200	249	48	61	81	107
250	299	59	75	99	130
300	349	70	89	117	154
350	399	81	102	135	178
400	449	92	116	153	178
450	499	102	130	153	178
500	549	113	144	153	178
550	599	124	144	153	178
≥ 600		135	144	153	178

Esempio:

- Rata Unitaria Mediolanum New Generation: € 250
- Piano versamenti Mediolanum New Generation: 156
- Premio annuo Mediolanum New Generation Protection: € 75

La normativa fiscale vigente consente all'Aderente/Assicurato di detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% dei premi. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a quanto specificato in relazione al regime fiscale al paragrafo 12.2 "Detrazione dei premi versati" della nota informativa.

Articolo 9. Riscatto totale della polizza Unit Linked Mediolanum New Generation

In caso di riscatto totale della polizza Unit Linked Mediolanum New Generation la copertura assicurativa Mediolanum New Generation Protection terminerà alla sua scadenza anniversaria.

Articolo 10. Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro tre mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, la Contraente ha comunque diritto a riattivare l'assicurazione pagando il premio arretrato; in caso di riattivazione, l'assicurazione entra di nuovo in vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi tre mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non potrà essere riattivata e la polizza sarà annullata automaticamente.

Articolo 11. Beneficiari

- a) l'Aderente/Assicurato per le prestazioni previste a seguito di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- b) gli eredi legittimi per la prestazione prevista a seguito di Morte da Infortunio dell'Aderente/Assicurato.

Articolo 12. Assicurazione per conto di chi spetta

Qualora la presente assicurazione sia stata stipulata dal Contraente, in nome e nell'interesse di altra persona, identificata in polizza come Aderente/Assicurato, resta stabilito che gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Aderente/Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 13. Periodo di prescrizione

Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione e/o garanzia in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile.

Articolo 14. Validità territoriale - Valuta di pagamento

Le coperture assicurative previste dalla polizza sono valide per il mondo intero.

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro.

Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla Stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Aderente/Assicurato ha sostenuto le spese.

Articolo 15. Altre assicurazioni - Cumulo

Le Coperture Assicurative prestate possono coesistere con altre assicurazioni, senza obbligo dell'Aderente/Assicurato di darne avviso alla Compagnia; **tuttavia, qualora l'Aderente/Assicurato abbia in vigore più di un contratto Unit Linked Mediolanum New Generation ed abbia contestualmente aderito a più di una copertura assicurativa "Mediolanum New Generation Protection", l'esposizione massima della Compagnia nei confronti dell'Aderente/Assicurato sarà di euro 150.000.**

Articolo 16. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente-Assicurato.

Articolo 17. Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie insorte anteriormente alla data di effetto del contratto e le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione;
- b) le conseguenze di infortuni, le malattie ed ogni stato patologico, che abbiano dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure anteriori alla data di effetto dell'assicurazione;
- c) le Invalidità Permanenti dovute a sinistri non indennizzabili a termini di polizza;
- d) le Invalidità Permanenti determinate da infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento dell'infortunio, i requisiti per il rinnovo;
- e) gli infortuni conseguenti ad intossicazione acuta causata da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci) nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcol e/o di sostanze psicotrope;
- f) i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (Art. 43 del Codice Penale) e gli atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché gli atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni derivanti da atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà (Art. 1900 del Codice Civile);
- g) le conseguenze di guerre, insurrezioni (salvo quanto previsto al comma c) dell'articolo 2) e atti terroristici; di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto al comma b) dell'articolo 2) nonché le conseguenze di tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) gli infortuni e le invalidità permanenti derivanti da malattie causati/e da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche relative a infortuni o malattie indennizzabili a termini di polizza;
- i) i difetti fisici o le malformazioni preesistenti alla data di effetto della polizza e le relative complicanze;
- j) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli eventi determinati per effetto di sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- k) le malattie derivanti da infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- l) le malattie e le invalidità permanenti imputabili al volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- m) le malattie e le invalidità permanenti derivanti da contaminazione biologica e/o chimica;

- n) gli infortuni e/o le malattie conseguenti ad applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali;
- o) gli infortuni e/o le malattie derivanti dalla pratica (allenamenti, competizioni, gare) di sport:
1. costituenti per l'Aderente/Assicurato attività professionale (o che comunque comportino una remunerazione diretta);
 2. comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, salvo che si tratti di raduni automobilistici e/o motociclistici e gare di regolarità pura e relative prove;
 3. comportanti l'utilizzo di qualunque mezzo di locomozione aerea, compresi deltaplano, paracadute, parapendio;
 4. quali free climbing, salto dal trampolino con sci ed idrosci, motocross, trial, hydrospeed, kitesurfing, elibike, speleologia, sci estremo, skeleton e bobsleigh.
- p) relativamente al "Rischi volo" (Art. 2 comma d), sono esclusi dalla garanzia gli infortuni subiti dall'Aderente/Assicurato:
- su aeromobili di Compagnia/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - su aeromobili di aeroclub.
- Sono comunque esclusi gli infortuni occorsi durante o conseguenti alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione aerea, compresi quelli per il volo da diporto.

Articolo 18. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.
Il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

Articolo 19. Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione delle presenti Polizze, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente/Assicurato, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato.

GARANZIE PRESTATE

Articolo 20. Morte da Infortunio o morte presunta

In caso di morte dell'Aderente/Assicurato a seguito di morte da Infortunio, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo, di cui al successivo Art. 24.

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza di polizza, entro un anno dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per il caso morte verrà liquidato agli eredi legittimi o testamentari dell'Aderente/Assicurato.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia.

Se il corpo dell'Aderente/Assicurato, in conseguenza di annegamento, di incidente da circolazione stradale o da navigazione aerea o marittima, non venisse più ritrovato, la Compagnia liquiderà la somma dovuta a termini di polizza, purché siano trascorsi almeno due anni dal giorno in cui si è verificato l'incidente.

Nel caso in cui il pagamento dell'indennità sia stato effettuato ed in seguito l'Aderente/Assicurato ricompaia o si abbiano di lui notizie certe, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata, fermi in ogni caso i diritti eventualmente spettanti all'Aderente/Assicurato per menomazioni indennizzabili ai sensi della presente polizza.

Articolo 21. Invalidità Totale e Permanente da Infortunio

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio dell'Aderente/Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo, di cui al successivo Art. 24, qualora:

- a) il grado percentuale di Invalidità Permanente da Infortunio dell'Aderente/Assicurato sia di grado **pari o superiore al 66%**;

- b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni previste nel precedente Art. 17;
- c) tale invalidità si sia verificata dalle ore 24.00 della Data effetto;
- d) la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo. A tale proposito l'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando il medico dal segreto professionale.

La Compagnia non riconosce alcun indennizzo per Invalidità Permanenti da Infortunio di grado inferiore al 66%.

Articolo 22. Invalidità Totale e Permanente da Malattia

In caso di Invalidità Permanente da Malattia dell'Aderente/Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo, di cui al successivo Art. 24, qualora:

- a) il grado percentuale di Invalidità Permanente da Malattia dell'Aderente/Assicurato sia di grado **pari o superiore al 66%**;
- b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni previste nel precedente Art. 17;
- c) tale invalidità si sia verificata successivamente al periodo di carenza previsto dall'Art. 25;
- d) la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo. A tale proposito l'Aderente/Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando il medico dal segreto professionale.

Articolo 23. Criteri di valutazione per il caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio e/o da Malattia
Premesso che le invalidità da Infortunio non sono cumulabili con le invalidità da Malattia e viceversa, la polizza copre il rischio di Infortunio o Malattia che comporti postumi di Invalidità Permanente **di grado pari o superiore al 66%.**

La Compagnia non riconosce alcun indennizzo per invalidità permanenti di grado inferiore al 66%.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio e/o da Malattia viene effettuata dalla Compagnia:

- a) adottando la tabella INAIL (relativa al settore "Industria") allegata al D.P.R. del 30/06/1965 e successive modifiche e integrazioni, con rinuncia della Compagnia alla Franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita;
- b) calcolando per ogni singolo Infortunio e/o per ogni singola Malattia la percentuale di Invalidità Permanente. La percentuale di Invalidità Permanente viene valutata per il singolo Infortunio e/o la singola Malattia denunciata e non può essere sommata con eventuali altre invalidità permanenti conseguenti ad altri infortuni e/o malattie. L'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Aderente/Assicurato a una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione. Limitatamente alla garanzia Invalidità Totale e Permanente da Malattia, la valutazione dell'Invalidità Permanente sarà effettuata **non prima che sia trascorso un anno** dalla data di denuncia della Malattia; tale termine temporale consente di poter definire con maggior precisione la percentuale di Invalidità Permanente che la Malattia ha causato. Per quanto riguarda la garanzia Invalidità Totale e Permanente da Infortunio, la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso Infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella INAIL sopra citata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Aderente/Assicurato ad una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore Sinistro e viceversa.

Si conviene che saranno valutati dalla Compagnia solo i postumi presenti all'atto dell'accertamento indipendentemente da ogni considerazione prognostica.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Aderente/Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

Si precisa che la valutazione dell'Invalidità Permanente da parte della Compagnia non è soggetta a revisione periodica come invece è prassi per l'INAIL.

Articolo 24. Indennizzo in caso di Sinistro - Limite massimo di indennizzo

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di polizza che determini per l'Aderente/Assicurato la **morte da Infortunio o un'invalidità totale e permanente da Infortunio e/o da Malattia, di grado pari o superiore al 66%**, la Compagnia corrisponderà all'Aderente/Assicurato un indennizzo determinato in base a quanto previsto dai seguenti commi:

a) Piano dei Premi Programmati alimentato correttamente - Per "Piano dei Premi Programmati alimentato correttamente" si intende un Piano in cui tutti i versamenti previsti dal Piano siano stati effettuati. Ad esempio, se un prodotto Mediolanum New Generation che prevede un Piano di 132 versamenti per un importo pari ad € 100 per ogni versamento, è stato perfezionato in data 1 maggio 2016, in data 1 maggio 2021 i versamenti effettuati dovranno ammontare ad € 7.200 (primo versamento di 12 rate più 60 versamenti).

In questo caso, al verificarsi di un Sinistro indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquiderà all'Aderente/Assicurato un importo pari alla somma dei versamenti mancanti al completamento del Piano (nell'esempio 60 versamenti mancanti per € 100 = € 6.000 indennizzo liquidato).

b) Piano dei Premi Programmati non alimentato correttamente - Per "Piano dei Premi Programmati non alimentato correttamente" si intende un Piano in cui i versamenti previsti non siano stati, totalmente o parzialmente, effettuati.

In questo caso la Compagnia liquiderà all'Aderente/Assicurato un importo pari alla somma dei versamenti mancanti al completamento di un Piano correttamente alimentato.

Ad esempio se si dovesse verificare un Sinistro indennizzabile a termini di polizza il 1 maggio 2021 ed il prodotto Mediolanum New Generation, perfezionato in data 1 maggio 2016 ed indicato nel Modulo di adesione, prevedeva un Piano di 132 versamenti per un importo pari ad € 100 per ogni versamento, la Compagnia liquiderà all'Aderente/Assicurato un importo pari alla somma dei versamenti mancanti al completamento del Piano se fosse stato correttamente alimentato (nell'esempio 60 versamenti mancanti per € 100 = € 6.000 indennizzo liquidato) indipendentemente dai versamenti realmente risultanti dal Piano.

c) Piano dei Premi Programmati completato anticipatamente - Nel caso in cui un Piano di versamenti programmato fosse completato anticipatamente rispetto a quanto previsto in fase di sottoscrizione, la Compagnia liquiderà all'Aderente/Assicurato un importo pari alla somma dei versamenti mancanti al completamento di un Piano correttamente alimentato.

Ad esempio se si dovesse verificare un Sinistro indennizzabile a termini di polizza il 1 maggio 2021 ed il prodotto Mediolanum New Generation, perfezionato in data 1 maggio 2016 ed indicato nel Modulo di adesione, prevedeva un Piano di 132 versamenti per un importo pari ad € 100 per ogni versamento, la Compagnia liquiderà all'Aderente/Assicurato un importo pari alla somma dei versamenti mancanti al completamento del Piano se fosse stato correttamente alimentato (nell'esempio 60 versamenti mancanti per € 100 = € 6.000 indennizzo liquidato) anche se il Piano abbinato dovesse risultare già completato.

L'indennizzo massimo che la Compagnia corrisponderà all'Aderente/Assicurato in caso di Sinistro sarà di euro 75.000.

Articolo 25. Periodo di carenza contrattuale

In caso di Invalidità Totale e Permanente da Malattia l'indennizzo non verrà corrisposto nel caso di Sinistro conseguente a Malattia che si verifichi entro **60 giorni** dalla data di effetto della copertura assicurativa.

Articolo 26. Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di Sinistro, la Contraente o l'Aderente/Assicurato devono darne comunicazione alla Compagnia.

La comunicazione alla Compagnia dovrà essere inviata al più presto e comunque entro e non oltre 20 giorni dalla data di accadimento del Sinistro.

La denuncia di sinistro deve essere inviata all'Ufficio Sinistri di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. attraverso una delle seguenti modalità:

- Online: “Denuncia Sinistro”, collegandosi al sito www.bancamediolanum.it ed accedendo alla sezione “Protezione” all’interno della propria area personale;
- Posta raccomandata: Mediolanum Assicurazioni S.p.A, Ufficio Si.R.E., Palazzo Meucci I° piano, Via F. Sforza 15, 20080 Basiglio (MI);
- Fax: n. 02.9045.1308;
- Mail: sire@mediolanum.it;
- Tramite il proprio Family Banker;

e dovrà contenere le seguenti informazioni:

- a) in caso di Infortunio, l’indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell’evento e deve essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; qualora l’infortunio abbia determinato un ricovero, dovrà essere inviata copia della cartella clinica;
- b) in caso di malattia, copia della cartella clinica ed ogni altro certificato o documento relativo alla patologia denunciata.

Per la gestione del sinistro sarà poi necessaria ulteriore documentazione che verrà comunicata dalla Compagnia attraverso il Tutor che prenderà in carico la pratica.

La Compagnia, ricevuta la documentazione sopra indicata e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l’Indennizzo dovuto.

L’Aderente/Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia; deve inoltre fornire alla stessa ogni informazione e ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine liberando dal segreto professionale il medico/medici che lo hanno visitato e curato.

L’inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare, ai sensi dell’Art. 1915 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all’Indennizzo.

Nell’ipotesi di ricorso all’arbitrato irrituale, regolato dall’Art. 28, l’Aderente/Assicurato ha l’obbligo di esibire la documentazione completa prima di richiedere l’arbitrato stesso.

Tutti i costi relativi ai certificati medici e alla documentazione sopra indicata sono a carico dell’Aderente/Assicurato.

Articolo 27. Criteri di indennizzabilità

La Compagnia, ricevuta la documentazione indicata nell’articolo precedente e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l’indennizzo dovuto.

Se al momento del Sinistro l’Aderente/Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora il Sinistro avesse colpito una Persona Fisicamente integra e sana.

Articolo 28. Procedura per la valutazione del danno - Controversie - Arbitrato irrituale

La quantificazione dell’indennizzo definitivo spettante all’Aderente/Assicurato a seguito del Sinistro, può essere demandato dalle Parti a due medici, nominati uno per parte.

Qualora i due medici non raggiungano l’accordo, le divergenze di natura medica su quanto sopra indicato, nonché sui criteri di indennizzabilità previsti dall’Art. 27 nonché dagli Artt. 23 e 24 delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate, per iscritto, a un Collegio di tre medici, composto dai due medici già nominati dalle Parti e da un terzo, nominato di comune accordo dai medici stessi o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell’Aderente/Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze del terzo medico.

E’ data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l’opportunità, l’accertamento definitivo dell’Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d’ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

L’Aderente/Assicurato deve trasmettere la documentazione completa relativa al Sinistro prima dell’inizio dell’arbitrato. In caso contrario, qualora nel corso dell’arbitrato stesso l’Aderente/Assicurato proceda all’esibizione di un’ulteriore documentazione che possa influire sull’esito, è data facoltà al Collegio di rinviare la riunione per un periodo non

superiore a 60 (sessanta) giorni, per consentire alla Compagnia il riesame del Sinistro alla luce dei nuovi elementi di giudizio.

Nel momento in cui la documentazione risulti influente ai fini della valutazione del Sinistro, sono a carico dell'Aderente/Assicurato le eventuali maggiori spese conseguenti alla ritardata esibizione dei documenti.

Articolo 29. Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Aderente/Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del Sinistro.

CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI INDENNIZZO

Nella eventualità di un Sinistro, affinché la Compagnia possa provvedere alla liquidazione nel più breve tempo possibile, debbono essere rispettate alcune formalità ed osservate alcune semplici regole.

Per facilitare queste piccole incombenze, viene qui fornito un fac-simile "modulo denuncia di Sinistro", da spedire con urgenza mediante una delle modalità indicate all'Art. 26. Tale modulo dovrà essere il più possibile chiaro e preciso nel contenuto.

Nelle Condizioni di Assicurazione viene dettagliato quali sono gli obblighi e le procedure cui deve attenersi l'Aderente/Assicurato.

In particolare è necessario inviare:

- a) il certificato medico e tutta la documentazione in originale raccolta in merito al Sinistro;
- b) copia della cartella clinica completa nel caso di eventuale ricovero.

ALCUNI CONSIGLI

Ricordarsi:

- che il diritto all'indennizzo si prescrive trascorsi due anni dall'ultima richiesta scritta pervenuta alla Compagnia in merito al Sinistro (Art. 2952 del Codice Civile);
- che è necessario comunicare alla Compagnia ogni modifica del rischio (in particolare il cambio di professione) che dovesse intervenire successivamente alla stipula della polizza;
- di chiedere in restituzione (a chiusura della pratica del Sinistro) le notule e le fatture originali, in quanto spese detraibili ai fini della dichiarazione dei redditi.

FAC SIMILE - MODULO DENUNCIA SINISTRO

Spedire a:
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Via Francesco Sforza, 15
Palazzo Meucci - 20080 Basiglio (Mi)

RACCOMANDATA

Oggetto: denuncia di Sinistro relativo alla polizza "Mediolanum New Generation Protection" - IBAN n° _____

Con la presente Vi comunico le modalità e le circostanze del Sinistro sottoindicato, che ha riguardato la polizza così intestata:

ASSICURATO

COGNOME E NOME: _____ COD. CLIENTE _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO UFFICIO _____

CELLULARE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

Il Sinistro è stato cagionato da:☐ INFORTUNIO☐ MALATTIA**E ha comportato:**☐ MORTE DA INFORTUNIO☐ INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO☐ INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**DESCRIZIONE DELL'EVENTO:**

Il Sinistro è avvenuto il _____ in località _____

Con le seguenti modalità _____

_____**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:****Firma dell'Assicurato**

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci

Via F. Sforza, 20080 Basiglio (MI) - T +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Partita IVA - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - 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 con unico Socio
mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it
www.mediolanumassicurazioni.it

È un prodotto di

