

ID Raccomandazione Personalizzata



Richiesta di Adesione n. \_\_\_\_\_

## TaxBenefit New Piano Individuale Pensionistico - Fondo Pensione

### Modulo di Adesione a TaxBenefit New - Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo (PIP) Fondo Pensione Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5025 (valido dal 19/04/2024)

Spettabile  
MEDIOLANUM VITA S.p.A.  
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris  
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

Avvertenza: L'adesione a TaxBenefit New - Piano Individuale Pensionistico di Tipo Assicurativo (PIP) deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità". La Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto sono disponibili sul sito web [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it). Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

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

Gentile Aderente,  
Mediolanum Vita S.p.A. le offre la possibilità di aderire, con la sottoscrizione del presente Modulo, al Piano Individuale Pensionistico (PIP) TaxBenefit New alle condizioni previste nel Regolamento, nelle Condizioni Generali di Contratto, nella Nota Informativa (e relativi documenti in essa indicati) comprensiva delle Informazioni Chiave per l'Aderente e dell'Appendice informativa sulla sostenibilità. Si precisa che i contenuti di questi documenti costituiscono il corpo unitario del materiale informativo e contrattuale di TaxBenefit New.

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

#### Dati dell'Aderente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Codice Cliente (Obbligatorio se già Cliente) \_\_\_\_\_

Indirizzo di contratto (da compilare solo se diverso da quello di domicilio o, in mancanza, di residenza). Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo:

Presso \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

Titolo di Studio<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Condizione Professionale<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>: Indicare la voce relativa al titolo di studio tra quelli di seguito riportati: (1) nessuno; (2) Licenza elementare; (3) Licenza media inferiore; (4) Diploma professionale; (5) Diploma media superiore; (6) Diploma universitario/Laurea triennale; (7) Laurea/Laurea Magistrale; (8) Specializzazione post-laurea.

<sup>(2)</sup>: Indicare la voce relativa alla condizione professionale tra quelle di seguito riportate: (1) lavoratore dipendente del settore privato; (2) lavoratore dipendente del settore pubblico; (3) lavoratore autonomo/libero professionista; (4) soggetti fiscalmente a carico di iscritti alla forma pensionistica; (5) soggetto diverso da quelli precedenti.

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

Denominazione altra forma pensionistica: \_\_\_\_\_

Numero di iscrizione all'Albo tenuto dalla COVIP: \_\_\_\_\_

SCHEDA DEI COSTI di \_\_\_\_\_

L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica è stata

Consegnata (firmata su ogni pagina)

Non Consegnata\*

\* Non è prevista la consegna della Scheda costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare: \_\_\_\_\_ (da indicare solo se diversa dalla data di adesione a TaxBenefit New)

Qualifica di iscrizione alla previdenza complementare\*\*:

Vecchio Iscritto

Nuovo Iscritto

Lavoratore di prima occupazione\*\*\*: SI  NO

\*\* Si intende "vecchio iscritto" il soggetto che alla data del 28/4/1993 aveva già aderito ad un Fondo Pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende "nuovo iscritto" il soggetto che ha aderito a Fondi Pensione dopo il 28/4/1993 oppure il vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima data.

\*\*\* Per lavoratori di prima occupazione si intendono quei soggetti di prima occupazione successiva al 1° gennaio 2007 e che a tale data non erano titolari di posizione contributiva aperta presso un qualsiasi ente di previdenza obbligatoria (CM 70/E del 2007).

## Rappresentante Legale

Rappresentante legale\* (da compilare se l'Aderente è una persona fisica incapace di agire)

\* È il soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno. La Compagnia deve essere in possesso dei documenti in corso di validità comprovanti i poteri del rappresentante legale di sottoscrivere in nome e per conto dell'Aderente (es. provvedimento giudice tutelare)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) \_\_\_\_\_

## Età Pensionabile

L'età pensionabile attualmente prevista dal regime pensionistico obbligatorio di appartenenza è di \_\_\_\_\_ anni\*

\* Da compilare obbligatoriamente.

I requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche obbligatorie potrebbero variare in base alle disposizioni legislative tempo per tempo vigenti nel rispetto del requisito minimo di partecipazione previsto all'articolo 8 delle Condizioni Generali di Contratto.

## Agevolazioni

Agevolazione Tipo \_\_\_\_\_ Descrizione\* \_\_\_\_\_

\*Descrizione della tipologia di agevolazione indicata nelle Condizioni Generali di Contratto.

## Beneficiari - Soggetti che hanno diritto di riscattare la posizione individuale in caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento

**Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA, e dei recapiti del/i Beneficiario/i di seguito designato/i, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, coincidente con l'Aderente, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i; la modifica o la revoca di quest'ultimo/i deve essere comunicata alla Compagnia. Ai fini della normativa antiriciclaggio in vigore, la mancata indicazione delle informazioni relative al luogo e alla data di nascita del/i Beneficiario/i comporta l'impossibilità all'instaurazione del rapporto.**

NB. I dati personali saranno acquisiti e trattati esclusivamente per le finalità indicate nel contratto e secondo gli obblighi stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente. In caso di discordanza dei dati presenti presso la Compagnia o il Soggetto Distributore relativi alla residenza e/o ai recapiti (telefono/e-mail), i dati forniti direttamente dal soggetto Beneficiario prevarranno rispetto a quelli indicati dal Contraente nel presente modulo.

**Beneficiario/i designato/i in forma nominativa** (se selezionato/i, compilare obbligatoriamente tutti i dati)

### Beneficiario persona fisica

1) **Dati Anagrafici** Già Cliente  SI  NO  Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_% Data di nascita \_\_\_\_\_

### Luogo di Nascita

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Nazione di Nascita \_\_\_\_\_

### Residenza

Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_

### Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fisso  Cellulare

E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_

Relazione con l'Aderente<sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

(indicare tra 1,2,3 o 4)

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

2) **Dati Anagrafici** Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_ % Data di nascita \_\_\_\_\_  
**Luogo di Nascita**  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Nazione di Nascita \_\_\_\_\_  
**Residenza**  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_  
**Recapito Telefonico**  
Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Fisso  Cellulare  
E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_  
Relazione con l'Aderente<sup>(1)</sup>:  
\_\_\_\_\_  
(indicare tra 1,2,3 o 4) (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

3) **Dati Anagrafici** Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_ % Data di nascita \_\_\_\_\_  
**Luogo di Nascita**  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Nazione di Nascita \_\_\_\_\_  
**Residenza**  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_  
**Recapito Telefonico**  
Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Fisso  Cellulare  
E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_  
Relazione con l'Aderente<sup>(1)</sup>:  
\_\_\_\_\_  
(indicare tra 1,2,3 o 4) (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

**Fac - Simile**

**Beneficiario Persona Giuridica**

1) **Dati Anagrafici** Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_ %  
Numero iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Data iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Prov. iscr \_\_\_\_\_  
**Sede Legale**  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_  
**Recapito Telefonico**  
Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Fisso  Cellulare  
E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_  
**Titolare Effettivo 1** Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Luogo di Nascita**

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Nazione di Nascita \_\_\_\_\_

**Residenza**

Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_

**Recapito Telefonico**

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

 Fisso  Cellulare

E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e l'Aderente<sup>(1)</sup>:

\_\_\_\_\_ (indicare tra 1,2,3 o 4) \_\_\_\_\_ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

Titolare Effettivo 2 Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_**Luogo di Nascita**

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Nazione di Nascita \_\_\_\_\_

**Residenza**

Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Località (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di residenza \_\_\_\_\_

**Recapito Telefonico**

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

 Fisso  Cellulare

E-mail (se disponibile) \_\_\_\_\_

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e l'Aderente\*:

\_\_\_\_\_ (indicare tra 1,2,3 o 4) \_\_\_\_\_ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

**Fac-Simile****026** **Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi<sup>(2)</sup> dell'Assicurato****027** **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi<sup>(2)</sup> dell'Assicurato****Beneficiari appartenenti ad una classe/categoria<sup>(3)</sup>:****032** **Nipoti in linea retta****033** **Figli****034** **Fratelli e Sorelle****035** **Genitori**

\* Da inserire qualora sia già cliente.

\*\* In caso non venisse indicata alcuna percentuale, la prestazione sarà erogata in parti uguali ai beneficiari designati.

<sup>(1)</sup> Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) coniuge, rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).<sup>(2)</sup> Ai sensi dell'art. 565 del Codice Civile.<sup>(3)</sup> I Beneficiari designati per classi o categorie si intendono i soggetti in vita al momento del decesso dell'Assicurato, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nati successivamente alla presente sottoscrizione. La prestazione sarà erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.**Questionario di Autovalutazione**

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

**Conoscenze in materia di previdenza****1. Conoscenza dei fondi pensione** ne so poco sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo**Congruità della scelta previdenziale**

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

**7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)** Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)

ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni

**2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione**

- non ne sono al corrente  
 so che le somme versate non sono liberamente disponibili  
 so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

**3. A che età prevede di andare in pensione?**

\_\_\_\_\_ anni

**4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?**

\_\_\_\_\_ %

**5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?**

- sì  
 no

**6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?**

- sì  
 no

- Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)  
 Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)  
 Non so/non rispondo (punteggio 1)

**8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?**

- 2 anni (punteggio 1)  
 5 anni (punteggio 2)  
 7 anni (punteggio 3)  
 10 anni (punteggio 4)  
 20 anni (punteggio 5)  
 Oltre 20 anni (punteggio 6)

**9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?**

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)  
 Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)  
 Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto\* \_\_\_\_\_

\* Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

**Griglia di Valutazione**

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del Comparto	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

La scelta di un percorso life-cycle (o comparto data target) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'Aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

**[in alternativa]**

L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione **CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE** non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_

**Scelta del profilo d'investimento (Per una durata inferiore ai 10 anni, può essere sottoscritto unicamente il Profilo personale)**

Chiedo di destinare il 100% della mia contribuzione al seguente profilo:

- Profilo Prudente New\*  
 Profilo Equilibrato New\*  
 Profilo Dinamico New\*

\* Profili che prevedono un ciclo di vita

- Profilo Personale: Challenge Provident Fund 1 (Categoria Azionario) \_\_\_\_\_ %  
Challenge Provident Fund 2 (Categoria Bilanciato) \_\_\_\_\_ %  
Challenge Provident Fund 3 (Categoria Obbligaz. Puro) \_\_\_\_\_ %  
Challenge Provident Fund 4 (Categoria Obbligaz. Puro) \_\_\_\_\_ %  
Challenge Provident Fund 5 (Categoria Bilanciato) \_\_\_\_\_ %  
**Totale** \_\_\_\_\_ %

## Contributi dell'Aderente

### Adesione tramite contribuzione volontaria

Contributo Annuo € \_\_\_\_\_

- Rivalutazione annuale ISTAT
- Rivalutazione annuale ISTAT + \_\_\_\_\_%
- Rivalutazione annuale \_\_\_\_\_%

La rivalutazione determina un aggiornamento annuo del Contributo Iniziale a decorrere da ogni ricorrenza annua della data di decorrenza del contratto e fino alla ricorrenza annua successiva. L'incremento dell'indice ISTAT (abbreviazione dell'indice FOI dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati) viene calcolato come differenza fra la rilevazione ad ottobre dell'anno precedente l'adeguamento e la rilevazione effettuata ad ottobre di due anni prima.

Contributo Iniziale € \_\_\_\_\_

(da versare in unica soluzione o in due rate semestrali)

### Contributi Successivi

Rateazione Contributi successivi<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

Giorno valuta:  5  20

A partire:  dalla prima scadenza successiva, in funzione del contributo iniziale versato

dal primo mese utile successivo al perfezionamento del contratto, in funzione della rateazione opzionata

Il contributo sarà addebitato il primo giorno lavorativo precedente alla data di valuta.

<sup>(1)</sup>: Indicare la voce corrispondente al tipo di rateazione scelta: (1) mensile; (2) bimestrale; (3) trimestrale; (4) semestrale; (5) annuale.

## Modalità di Pagamento

### Contributo Iniziale

#### Bonifico bancario da Banca Mediolanum

Il Sottoscrittore, in quanto intestatario o cointestatario del seguente c/c aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., autorizza a richiedere il trasferimento dell'importo indicato, relativo alla presente sottoscrizione, a favore di Mediolanum Vita S.p.A.

IBAN \_\_\_\_\_

Conto corrente in apertura proposta n. \_\_\_\_\_

#### Bonifico bancario da altra Banca: IBAN \_\_\_\_\_

(vedasi contabile allegata)

#### Assegno bancario "non trasferibile" all'ordine di Mediolanum Vita S.p.A.\*



Tipo	Importo	Numero	Banca emittente/trassata	ABI/CAB	Data Emissione
Bancario					

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

### Contributi successivi

**Disposizione Permanente SDD Finanziario di addebito in conto corrente per l'alimentazione del Programma di Accumulazione (PAC)** Il sottoscritto, in quanto intestatario, cointestatario del conto corrente sotto indicato, autorizza la propria Banca ad addebitare sul predetto conto corrente, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di pagamento disposti a seguito di mandato o delega permanente di addebito sul conto corrente a mezzo Sepa Direct Debit - SDD finanziario inviati dall'Azienda Creditrice e contrassegnati con le coordinate relative all'Azienda Creditrice sotto riportate (o aggiornate d'iniziativa dall'Azienda Creditrice), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per l'Azienda Creditrice di inviare la comunicazione di preavviso in quanto l'addebito avverrà in conformità a quanto indicato dal Sottoscrittore nel presente Modulo e per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscritto prende atto che per (i) le operazioni di pagamento collegate all'amministrazione di strumenti finanziari che ricadono nel disposto dell'art. 2, lett. i del D.Lgs. 11/2010 ha diritto di revocare il singolo addebito diretto SDD finanziario fino al giorno stesso dell'addebito (o data prorogata dal creditore); (ii) il servizio SDD finanziario non prevede il diritto per il Sottoscritto di chiedere il rimborso dopo l'esecuzione dell'operazione, se autorizzata.

Il Sottoscritto prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto tra le parti, o comunque rese pubbliche dalla Banca e tempo per tempo vigenti.

Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le norme del contratto di conto corrente di cui il presente accordo fa parte integrante.

**Creditor ID IT44H01000001749470157**

### Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare

(se non compilato si considera valido il medesimo conto corrente di Banca Mediolanum indicato per il pagamento del Premio iniziale)

**Conto Corrente a me intestato**

IBAN di Banca Mediolanum \_\_\_\_\_

Conto corrente in apertura presso Banca Mediolanum proposta n. \_\_\_\_\_

IBAN di Banca Esterna\* \_\_\_\_\_

**Conto corrente\* intestato a (nel caso in cui l'Aderente non sia intestatario, cointestatario del conto corrente di addebito):**

Cod. Cliente \_\_\_\_\_

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

IBAN di Banca Mediolanum \_\_\_\_\_

IBAN di Banca Esterna\* \_\_\_\_\_

Relazione con l'Aderente\*\*:

\_\_\_\_\_ (indicare tra 1,2,3 o 4)

\_\_\_\_\_ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

I dati personali raccolti tramite il modulo sono trattati da Mediolanum Vita S.p.A., nella sua qualità di Titolare del trattamento, ai sensi della vigente normativa (Regolamento UE 2016/679) e secondo quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali precedentemente fornita.

\_\_\_\_\_ Firma Sottoscrittore SDD Finanziario

**Contributo volontario versato tramite il datore di lavoro (compilare la sezione "Dati del datore di lavoro" nel box sottostante)**

\* La Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione per lo svolgimento dell'adeguata verifica ai sensi della normativa Antiriciclaggio.

\*\* Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) coniuge, rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).

N.B. I documenti di debito (fatture, ricevute, bollette, etc.) che danno luogo agli ordini di pagamento disposti a seguito di mandato o delega permanente di addebito sul conto corrente a mezzo Sepa Direct Debit - SDD finanziario (nonché le eventuali proroghe di scadenza) verranno inviati direttamente da Mediolanum Vita S.p.A. al debitore e risulteranno contrassegnati dalla seguente dicitura a sovrastampa: "Regolamento salvo buon fine (s.b.f.) con addebito in c/c presso la Banca".

**Fac - Simile**

**Adesione tramite contributi provenienti dal datore di lavoro (riservato solo ai lavoratori dipendenti) Tipologia di versamento**

TFR       Contributo del datore di lavoro

**Dati del datore di lavoro**

\_\_\_\_\_ Codice Cliente

\_\_\_\_\_ Denominazione dell'Azienda

\_\_\_\_\_ Partita Iva/Codice Fiscale

\_\_\_\_\_ Sede Legale - Comune

\_\_\_\_\_ Cap

\_\_\_\_\_ Prov.

\_\_\_\_\_ Via/Piazza

\_\_\_\_\_ Indirizzo Sede Legale

\_\_\_\_\_ Numero civico

\_\_\_\_\_ E-Mail

\_\_\_\_\_ PEC

Recapito Telefonico     Fisso     Cellulare

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dichiara di aver compilato e consegnato al datore di lavoro, come sopra identificato, il modulo per il conferimento del mio TFR in TaxBenefit New - Fondo Pensione.

\_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Rappresentante legale

**Adesione tramite trasferimento della posizione individuale maturata presso altra forma pensionistica** (scelta A)  
Chiede di aderire a TaxBenefit New – Fondo Pensione trasferendovi la mia posizione individuale, maturata presso il Fondo/Forma Pensionistica Complementare denominato \_\_\_\_\_  
Codice tipologia fondo di provenienza \_\_\_\_\_  
(indicare il codice corrispondente tra quelli riportati nella Tabella “Tipologia Forma Pensionistica” posta sul retro del presente modulo)  
Allego, a tal fine, copia della richiesta di trasferimento già inoltrata al suddetto Fondo/Forma Pensionistica Complementare.

**Adesione tramite Conferimento del TFR Progresso** (scelta B)  
Chiede di aderire a TaxBenefit New – Fondo Pensione trasferendovi il mio TFR progressivo, maturato presso l’azienda.

**Dati del datore di lavoro**

\_\_\_\_\_ Codice Cliente \_\_\_\_\_ Denominazione dell’Azienda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Partita Iva/Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sede Legale - Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Indirizzo Sede Legale \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico  Fisso  Cellulare

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) \_\_\_\_\_ Prefisso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Allega, a tal fine, copia della richiesta di trasferimento già inoltrata alla suddetta azienda e da quest’ultima già debitamente controfirmata.

**Attivazione servizio facoltativo Big Chance per la scelta A  o B**

Chiede di attivare il servizio Big Chance della durata di seguito riportata<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

La posizione individuale trasferita da altra forma pensionistica o il TFR progressivo verrà investito nel fondo Challenge Provident Fund 5 e progressivamente trasferito negli altri fondi secondo il Profilo d’Investimento selezionato in precedenza. In caso di scelta del Profilo Personale, il servizio BIG CHANCE non potrà essere attivato.

<sup>1)</sup> Indicare la voce corrispondente alla durata in mesi tra quelle di seguito riportate: (1) 3 mesi; (2) 6 mesi; (3) 12 mesi; (4) 18 mesi; (5) 24 mesi.

**Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet**

**Fac-Simile**

Con la sottoscrizione della presente sezione l’Aderente richiede che l’invio dell’informativa prevista dalla normativa tempo per tempo vigente o prevista nella Nota Informativa, venga, in tutti i casi consentiti dalla normativa vigente, effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, purché abbia comunicato alla Compagnia un indirizzo e-mail, anche mediante invio dell’apposita Scheda Anagrafica al Distributore. Queste saranno rese disponibili dalla Compagnia attraverso il Servizio di accesso, consultazione e gestione della posizione previdenziale sul sito internet [www.bmedonline.it](http://www.bmedonline.it) – per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. – o dei siti [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it) e [www.gruppoassicurativomediolanum.it](http://www.gruppoassicurativomediolanum.it) in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.

All’indirizzo e-mail riceverà un avviso che lo informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell’area riservata. Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità dello stesso, in mancanza del quale, l’informativa sarà inviata in formato cartaceo all’indirizzo di corrispondenza da me indicato.

A tal fine:

- dichiara di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l’utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prende atto dei rischi connessi all’utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che né la Compagnia né la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l’inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonché per ragioni cautelari;
- prende altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Compagnia, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea.

(in assenza di esplicita richiesta l’informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF (es. pen-drive), laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all’indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato”).

Resta salvo il mio diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l’invio su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo.

 Firma dell’Aderente/Rappresentante legale \_\_\_\_\_



## Informazioni ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni

- Scopo del rapporto: Previdenza
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta sul retro del presente modulo, che la propria eventuale qualifica di Persona Esposta Politicamente o di soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel retro del presente Modulo) è resa nota alla Compagnia attraverso la compilazione della "Scheda Anagrafica e modulo di adeguata verifica", messa a disposizione dal Soggetto Distributore, che si allega al presente modulo.
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in allegato al presente modulo, che il/i BENEFICIARIO/I della prestazione assicurativa (ovvero il titolare effettivo del beneficiario, qualora quest'ultimo sia una persona non fisica) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica\* NON è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel prosieguo del presente Modulo). In caso contrario, dichiaro che il/i beneficiario/i (ovvero il suo titolare effettivo) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica\* è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente per la seguente motivazione:

Motivazione 1° Beneficiario:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 2° Beneficiario:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 3° Beneficiario:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

**Fac - Simile**

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

- Inoltre, in qualità di Aderente al presente contratto dichiaro:
  - consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (art. 55, commi 2 e 3, D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), di confermare i dati e le informazioni riportati nell'ultimo aggiornamento della "Scheda anagrafica e modulo per l'adeguata verifica della clientela" di Banca Mediolanum S.p.A. e di aver fornito tutte le informazioni necessarie, anche con riferimento agli eventuali titolari effettivi (cfr. Art. 20 del D.Lgs. 231/2007, e succ. mod. e int.), per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisce che le stesse sono esatte e veritiere, e si impegna a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (cfr. art. 22 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
  - di essere consapevole che l'efficacia del contratto è condizionata, anche successivamente al perfezionamento dello stesso, allo svolgimento da parte della Compagnia dell'adeguata verifica della clientela e del terzo pagatore qualora presente, ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio, in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia provvederà pertanto a fornire conferma di avvenuta esecuzione del contratto. Il Sottoscritto prende quindi atto che, nelle ipotesi di sospensione dell'efficacia del contratto, il valore delle quote degli OICR collegati che saranno acquistate dalla Compagnia potrà differire anche in misura sensibile - in funzione dell'andamento di mercato - rispetto al valore delle stesse se acquistate nei termini ordinariamente previsti dal Contratto, non considerando il suddetto periodo di sospensione;
  - di essere consapevole che la Compagnia, qualora non fosse in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica, potrà vedersi costretta a non eseguire l'operazione richiesta e, in caso di rapporti già in essere, non potrà eseguire modifiche contrattuali, accettare versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonchè dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari (art. 42 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
  - di essere consapevole che le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" potranno essere comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ai sensi dell'art. 39 comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

 Firma dell'Aderente/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

\* Per i Beneficiari designati in forma generica (compresi anche quelli appartenenti ad una classe/categoria) indicare nome, cognome, luogo e data di nascita.

## Dichiarazioni e Firme

L'Aderente 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 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 (file PDF), archiviati su supporto durevole. È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della compagnia. Resta salvo il diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

Il Sottoscritto dichiara:

- di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, la documentazione informativa e contrattuale;
- **di aver ricevuto la Parte I 'Informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';**
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it);
- di aver ricevuto, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi. Dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito di Banca Mediolanum;
- di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it), le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione previdenziale. È altresì consapevole che nell'ambito del predetto servizio, la Compagnia rende disponibili le comunicazioni in corso di contratto in modalità telematica, anche in assenza di specifica richiesta di dematerializzazione, per pronta consultazione e archiviazione delle stesse;
- di aver sottoscritto la "Scheda costi" della forma pensionistica di appartenenza, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda dei costi);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
  - sulle informazioni contenute nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
  - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
  - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione' nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la ripartizione delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
  - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo disponibile sul sito web della Compagnia, all'indirizzo [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it);
  - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione";
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione.

Il Sottoscritto dichiara inoltre:

- di accettare tutte le modifiche al Regolamento o dei suoi allegati che dovessero ritenersi opportune, così come approvate ai sensi degli artt. 19 e 20 del Regolamento stesso;
- di aver inoltre 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;
- di prendere atto delle valute applicate in funzione dei mezzi di pagamento prescelti;
- **di essere stato informato, in quanto soggetto rientrante nell'area dei destinatari di una forma pensionistica di natura collettiva, che l'adesione a TaxBenefit New, in alternativa ad una forma pensionistica complementare di natura collettiva medesima, può comportare la perdita del diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro versati alla predetta forma collettiva;**
- che il conto corrente da cui proviene il pagamento di eventuali contributi dell'Aderente è a lui stesso intestato. La Compagnia si riserva comunque di richiedere idonea documentazione comprovante l'intestazione del rapporto nonché di effettuare ulteriori approfondimenti nei casi di utilizzo di altra modalità di pagamento del contributo;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 6 mesi dall'adesione al Piano Individuale Pensionistico (PIP) TaxBenefit New e che, in caso di inadempimento, il PIP ha facoltà di risolvere il contratto comunicando, con lettera raccomandata A.R., la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, salvo che non sia effettuato un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, nel caso di interruzione del flusso contributivo e del conseguente eventuale azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, il PIP ha facoltà di risolvere il contratto comunicando, con lettera raccomandata A.R., la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, salvo che non sia effettuato un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

Il Sottoscritto prende atto che non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle indicate nel presente Modulo di Adesione e che gli assegni e l'autorizzazione permanente di addebito SDD finanziario in conto corrente si intendono accettati salvo buon fine. In caso di mancato buon fine del mezzo di pagamento, il Sottoscritto prende atto che la Compagnia è autorizzata fin d'ora a procedere alla liquidazione delle quote assegnate corrispondenti all'importo del mezzo di pagamento non andato a buon fine e a rivalersi sul ricavato che si intende definitivamente acquisito salvo ogni maggior danno.

**Il Sottoscritto prende atto, inoltre, che ha facoltà di recedere dal contratto entro e non oltre 30 giorni dalla data di sottoscrizione, ai sensi dell'art. 7 delle Condizioni Generali di Contratto, dandone comunicazione scritta al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni o direttamente a Mediolanum Vita S.p.A., via Ennio Doris – Milano 3 City – Basiglio (MI), con l'obbligo della Compagnia alla restituzione dei contributi versati. Prende inoltre atto che tale importo sarà corretto della eventuale differenza positiva o negativa dell'Investimento qualora questo fosse già stato effettuato.**

Il Sottoscritto prende altresì atto che alla sottoscrizione del Contratto si applica l'art. 67-duodecies, comma 2, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del Contratto (sottoscrizione della presente Adesione) nelle modalità precedentemente indicate. Preso atto di quanto precede, richiedo l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies, comma 2, del Codice del Consumo, la Compagnia rimborserà, entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione di recesso, il contributo versato corretto della eventuale differenza - positiva o negativa - del valore delle quote degli OICR fra il giorno di ricezione da parte della Compagnia della comunicazione di recesso e quello di effettivo investimento. Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere, contestualmente alla sottoscrizione del Contratto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 30 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso.

Il Sottoscritto dichiara, altresì, di aver preso visione degli articoli delle Condizioni Generali di Contratto riguardanti i costi e la facoltà della Compagnia di variare i coefficienti di conversione in rendita. La copertura assicurativa e tutti gli obblighi ed oneri che il contratto assicurativo pone a carico di Mediolanum Vita S.p.A. avranno decorrenza secondo quanto dettagliatamente previsto nelle Condizioni Generali di Contratto.

Il Sottoscritto - ai fini della Legge 18 giugno 2015 n. 95 - adeguata verifica fiscale ai fini dello scambio automatico delle informazioni finanziarie in applicazione dell'Accordo Multilaterale c.d. Common Reporting Standard ("CRS") ed ai fini dell'Accordo Intergovernativo stipulato dall'Italia e gli Stati Uniti in materia di FATCA - attesta di avere la residenza fiscale esclusivamente nel Paese, o nei Paesi, dichiarati nella scheda anagrafica anche qualora la corrispondenza relativa al presente contratto fosse domiciliata in Paese diverso e si impegna a comunicare ogni eventuale modifica a tali informazioni.

Il Sottoscritto prende atto che le informazioni fornite per FATCA e CRS potranno essere segnalate alle Autorità fiscali italiane, alle Autorità fiscali del Paese o dei Paesi in cui il Contraente è fiscalmente residente (o presunto tale) qualora tali Paesi (o le autorità fiscali di tali Paesi) aderiscano al FATCA o CRS.

Il Sottoscritto è stato informato e prende atto che in data 25 giugno 2018 è entrata in vigore la Direttiva UE 2018/822 - c.d. Direttiva DAC6, recepita in Italia con il D.Lgs. n. 100 del 30 luglio 2020 e in vigore dal 26 agosto 2020 - concernente lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone alla Compagnia di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente aggressivi di natura transfrontaliera, individuati tramite un elenco di "elementi distintivi" di cui all'allegato IV della Direttiva e che presentano una forte connotazione di elusione e abuso fiscale.

**Fac-Simile**

Il sottoscritto Aderente dichiara inoltre di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato italiano. Si impegna pertanto a comunicare senza indugio alla Compagnia l'eventuale variazione di tali requisiti. In tal caso dichiara di essere consapevole che la Compagnia si riserva la facoltà di non accettare ulteriori versamenti di premio.

L'Aderente, con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, dichiara di aderire al Piano Individuale Pensionistico (PIP) TaxBenefit New. La Compagnia viene a conoscenza della suddetta accettazione al momento della firma del presente Modulo, per il che il presente Contratto si intende concluso, ai sensi e con le modalità previste all'art. 5 delle Condizioni Generali di Contratto. Infine, prende atto ed accetta che l'efficacia del Contratto è, in ogni caso, anche successivamente al suo perfezionamento, condizionata allo svolgimento dell'adeguata verifica della clientela ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio. Qualora la predetta condizione non si realizzasse, ivi compresa la sussistenza di impedimenti normativi al rapporto, il Contratto si intenderà risolto di diritto.

✍ Firma dell'Aderente/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., di approvare specificamente le seguenti clausole del Regolamento: artt. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 20 e 21 e delle Condizioni generali di contratto: artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.3, 9.5, 10, 11, 12 e 13.

✍ Firma dell'Aderente/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

**Spazio riservato ai Soggetti Incaricati della Distribuzione per l'identificazione dei Firmatari del presente modulo di adesione**

\_\_\_\_\_  
Cognome e nome del Consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede

\_\_\_\_\_  
✍ Firma

\_\_\_\_\_  
Codice

**Informativa Persone Esposte Politicamente (c.d. PEP)**  
**Art. 1, lett. dd) del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni**

- dd) **persone politicamente esposte:** le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:
- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
    - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
    - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
    - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
    - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
    - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
    - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
    - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
    - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
    - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
  - 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
  - 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
    - 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
    - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

MEZZO DI PAGAMENTO	VALUTA RICONOSCIUTA PER LA DISPONIBILITÀ DEL PREMIO	GIORNO DI VALORIZZAZIONE(*)
Assegno bancario	2 giorni lavorativi dal versamento effettuato da Mediolanum Vita S.p.A. (che provvede a versare gli assegni entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione presso la propria sede).	Il giorno di valuta riconosciuta sul mezzo di pagamento.
Assegni bancari tratti su Banca Mediolanum	1 giorno lavorativo dal versamento effettuato da Mediolanum Vita S.p.A. (che provvede a versare gli assegni entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione presso la propria sede).	Il giorno di valuta riconosciuta sul mezzo di pagamento.
Bonifici Bancari	Coincide con la valuta riconosciuta a Mediolanum Vita S.p.A. dalla Banca Ordinaria. Per quanto concerne i bonifici provenienti dal conto di lavoro, la valuta applicata corrisponde a quella sopra indicata a condizione che siano pervenute tutte le informazioni necessarie ad accreditare l'importo versato.	Il giorno di valuta oppure quello di ricevimento da parte di Mediolanum Vita S.p.A. di notizia certa dell'avvenuto accredito del versamento sul proprio conto corrente se tale informazione giunge successivamente alla data di valuta.
Disposizione permanente di addebito SDD finanziario in conto corrente bancario	Il 5 e il 20 se giorno lavorativo. Altrimenti il 1° giorno lavorativo successivo.	Il giorno in cui il versamento si è reso disponibile per valuta.

(\*) Il giorno di valorizzazione è quello in cui Mediolanum Vita S.p.A. ha sia la disponibilità del Premio che la conoscenza della relativa causale.

**Tipologia Forma Pensionistica**

Codice	Descrizione
001	Fondi pensione preesistenti
002	Fondi pensione negoziali
003	Fondi pensione aperti
004	PIP "nuovi"
005	PIP "vecchi"
006	Fondi pensione esteri
007	FONDINPS
008	Fondi interni alle Autorità di vigilanza in materia di risparmio, valutaria o assicurativa