

Spettabile
Mediolanum Vita S.p.A.
Palazzo Meucci, Via Ennio Doris
20079 Basiglio, Milano 3 (MI)

Mediolanum Protezione Gravi Malattie

Modulo di Proposta di Polizza di Assicurazione per il Rischio Malattia Grave

ID Raccomandazione Personalizzata _____

Data ultimo aggiornamento: 25/07/2025

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ proposta numero _____

Dati Anagrafici

Contraente/Assicurando

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____ Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

Indirizzo di contratto (da compilare solo se diverso da quello di domicilio oppure, se manca, di residenza)

Chiedo che la corrispondenza venga inoltrata al seguente indirizzo:

Presso _____

Indirizzo – via/piazza e numero civico _____

CAP _____ Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

Assicurando (da compilare obbligatoriamente se l'assicurando non coincide con il contraente)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____ Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

Relazione con il Contraente⁽¹⁾:

(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) _____

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Agevolazioni

☐ Agevolazione Tipo _____ Descrizione⁽²⁾ _____

☐ Agevolazione Tipo _____ Descrizione⁽³⁾ _____

Beneficiario

Il Beneficiario del capitale assicurato dovuto in caso di malattia grave è la persona assicurata.

(1) 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).

(2) Descrizione della tipologia di agevolazione riconosciuta in base all'accordo distributivo.

(3) Confronta nota 2.

N.B. I dati personali raccolti 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 fornita insieme a questa proposta di polizza. 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 su questo modulo.

Da quando si è assicurati

Se la Compagnia accetta la proposta di polizza, la persona assicurata è coperta dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza, a condizione che sia stato incassato il premio da pagare alla firma e siano passati i periodi di carenza.

Caratteristiche della polizza

Età assicurando _____ anni Durata polizza _____ anni. La persona assicurata comunque non è più coperta quando raggiunge i 70 anni di età, come previsto dalle condizioni di assicurazione.

Capitale Assicurato € _____ (minimo € 25.000 e massimo € 100.000)

Sconto Applicato: ☐

Premio annuo lordo⁽⁴⁾ € _____

di cui € _____ come maggiorazione per rischi sanitari.

Totale premio da pagare alla firma € _____

Frequenza di pagamento del premio da pagare alla firma e delle annualità successive: _____ (indicare alternativamente Annuale, Semestrale, Trimestrale, Mensile⁽⁵⁾ o Mensile⁽⁶⁾ con pagamento delle prime 12 rate in unica soluzione)

Il premio annuale, cioè la somma dovuta ogni anno alla Compagnia, dipende dall’importo del capitale assicurato e dalla durata della polizza oltre che dall’età, dallo stato di salute e dallo stile e abitudini di vita che la persona assicurata dichiara sul Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva o sul rapporto di visita medica.

N.B. La Compagnia può applicare sconti sul premio sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale. In particolare, se insieme a questa polizza viene sottoscritta anche la nostra polizza temporanea per il caso di morte “Mediolanum Personal Life Serenity”, facciamo uno sconto del 10%.

Esclusione del periodo di carenza

☐ Chiedo l’esclusione del periodo di carenza di 6 mesi, come previsto dalle condizioni di assicurazione, e sono consapevole della necessità di sottopormi a una visita medica. La mia copertura assicurativa inizierà quindi dalle ore 24 del giorno che sarà indicato sul documento di polizza inviato al contraente.

Firma dell’Assicurando _____

Come pagare il premio di polizza

La normativa attuale non permette di fare pagamenti in contanti al Consulente Finanziario

Premio da pagare alla firma:

- ☐ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io contraente, in quanto intestatario o cointestatario del suddetto conto corrente aperto presso Banca Mediolanum, Vi autorizzo a richiedere il trasferimento dell’importo pari al premio da pagare alla firma sopra indicato, a favore di Mediolanum Vita S.p.A. o il diverso importo, maggiore o minore, a seguito della eventuale valutazione più approfondita dello stato di salute dell’assicurando fatta dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta (come da condizioni di assicurazione).
- ☐ IBAN _____
- ☐ Conto corrente in apertura proposta numero _____

☐ **Assegno bancario “non trasferibile” intestato a Mediolanum Vita S.p.A.⁽⁷⁾**

Importo (€)	Tipo	Banca emittente/trassata	Filiale/sede/agenzia	Numero
	Bancario			

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

(4) Il premio potrebbe variare anche a seguito della eventuale valutazione più approfondita dello stato di salute dell’assicurando fatta dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta, come previsto dalle condizioni di assicurazione.

(5) Frequenza di pagamento riservata ai soli correntisti di Banca Mediolanum.

(6) Confronta nota 5.

(7) La Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione per lo svolgimento dell’adeguata verifica ai sensi della normativa Antiriciclaggio.

Premi successivi:

☐ **Autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD)** (per il pagamento dei premi successivi al 1° versamento)

Come intestatario del conto sotto indicato, autorizzo:

- Mediolanum Vita, come creditore, a mandare istruzioni alla banca presso cui ho il conto per l'addebito dei premi successivi di polizza (come da contratto) senza necessità da parte della banca di inviarmi la contabile di addebito;
- la mia banca/intermediario a disporre sul mio conto corrente secondo le disposizioni impartite da Mediolanum Vita l'addebito o gli addebiti in via continuativa (a mezzo SDD), nella data di scadenza di ciascun pagamento.

Sono consapevole:

- che la mia banca procede all'addebito degli importi a condizione che, al momento del pagamento, ci siano soldi sufficienti sul conto per pagarli e che non ci siano ragioni che impediscano l'utilizzo del conto. In caso contrario, la mia banca non ha nessuna responsabilità per il mancato pagamento automatico a cui dovrò provvedere direttamente nei confronti della Compagnia;
- di avere il diritto di ottenere dalla mia banca/intermediario il rimborso degli addebiti, nel rispetto dei termini e delle condizioni che regolano il rapporto di conto corrente con la stessa. Se ci sono i presupposti, posso chiedere il rimborso dell'addebito autorizzato entro massimo 8 settimane dalla data in cui il conto è stato addebitato. Posso inoltre revocare questa autorizzazione di addebito in ogni momento, senza penalità e senza spese. I miei diritti sono riportati nel contratto che regolano il rapporto di conto corrente e servizi connessi con la mia banca/intermediario, a cui devo fare riferimento.

Creditor ID IT440030000001749470157

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 _____

☐ Conto corrente in apertura proposta numero _____

☐ **Conto corrente⁽⁸⁾ intestato a (nel caso in cui il Contraente non sia intestatario o cointestatario del conto corrente di addebito):**

Codice Cliente _____

Cognome e Nome _____

IBAN _____

Relazione esistente con il Contraente⁽⁹⁾:

(indicare il tipo di relazione fra 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 _____

☐ **Disposizione Permanente SDD su altra Banca: si allega modulo della disposizione permanente di addebito⁽¹⁰⁾.**

Informazioni ai sensi del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni

- Scopo del rapporto: Protezione
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in fondo al presente modulo, che la mia eventuale qualifica nonchè quella dell'Assicurato di Persona Esposta Politicamente o di soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate in allegato al presente Modulo) è resa nota alla società attraverso la compilazione della "Scheda anagrafica e modulo di adeguata verifica", messa a disposizione dal soggetto Distributore, che si allega al presente modulo.
- Inoltre, in qualità di Contraente del presente contratto dichiaro:
 - consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (articolo 55, commi 2 e 3, Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), 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 e aggiornate, anche con riferimento all'eventuale titolare effettivo (confronta articolo 20 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), per consentire alla società di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisco che le stesse sono esatte e veritiere, e mi impegno a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (confronta articolo 22, Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni);
 - 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 in ogni caso comunicherà al Contraente la data di decorrenza del contratto all'interno del Documento di Polizza;

(8) La Compagnia si riserva di chiedere ulteriore documentazione per lo svolgimento dell'adeguata verifica ai sensi della normativa Antiriciclaggio.

(9) 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).

(10) Confronta nota 8.

- 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, a chiudere gli stessi, previa restituzione degli importi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di mia spettanza mediante bonifico sul conto dal quale l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto da me specificato (aperto a mio nome e detenuto presso un istituto di credito Italiano) (articolo 42 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni);
- 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'articolo 39 comma 3 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni

Firma del Contraente _____

Come ricevere le comunicazioni

☐ Con la sottoscrizione della presente sezione il Contraente chiede che la Compagnia invii tutte le comunicazioni in formato elettronico anziché su carta, a condizione che abbia dato un indirizzo e-mail (anche mandando la scheda anagrafica al distributore Banca Mediolanum). In questo caso la Compagnia mette a disposizione le comunicazioni con il servizio Home Insurance, quindi sul sito www.bmedonline.it, solo per i titolari del servizio di "Banca Diretta" di Banca Mediolanum, oppure sull'area riservata dei siti www.mediolanumvita.it e www.gruppoassicurativomediolanum.it se termina il servizio di Banca Diretta o se non è mai stato titolare di questo servizio. All'indirizzo e-mail riceverà un avviso che lo informerà ogni volta che sarà disponibile una nuova comunicazione sul sito. Si impegna a informare la Compagnia o Banca Mediolanum subito se cambia, chiude o non funziona più l'indirizzo mail che ha dato. Se non ha un indirizzo mail valido, la Compagnia invierà le comunicazioni via posta all'indirizzo di contratto che ha indicato.

A tal fine:

- dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di sicurezza necessari (come antivirus, anti malware, ecc.) per l'uso dei miei dispositivi (pc, Tablet, smartphone ecc.) con cui accede al servizio Home Insurance, impegnandosi a mantenerli sempre aggiornati. Si assume quindi ogni responsabilità per tutti i danni che potrebbe subire per il loro uso o per l'impossibilità di accedervi (ad esempio in caso di problemi sulla rete internet o di smarrimento delle credenziali);
- è consapevole in ogni caso che, indipendentemente dalla richiesta di ricevere le comunicazioni tramite la rete internet, la Compagnia potrà decidere di inviare in alcuni casi le comunicazioni via posta.

È consapevole che in qualsiasi momento potrà sempre cambiare idea e chiedere alla Compagnia o a Banca Mediolanum di modificare la modalità di ricezione delle comunicazioni passando da quella telematica a quella via posta e viceversa.

Firma del Contraente _____

Dichiarazioni e Firme

Il sottoscritto Contraente:

essendo stato avvertito della possibilità di ricevere gratuitamente il Set Informativo, 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 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.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il documento contenente le "Informazioni sui requisiti di accessibilità", pubblicato nella versione tempo per tempo aggiornata sul sito www.mediolanumvita.it, e di essere consapevole che qualora la documentazione informativa precontrattuale o contrattuale di interesse che compone il Set Informativo presente sui canali digitali del Soggetto Distributore e della Compagnia (es. sito internet o app mobile) non fosse accessibile (e cioè utilizzabile anche da persone che hanno limitazioni fisiche, psichiche o sensoriali, anche temporanee) o fosse accessibile solo in parte (rispetto a quanto stabilito dalla normativa applicabile) per conoscerne il contenuto sarà possibile rivolgersi al Family Banker o al Customer Banking Center di Banca Mediolanum quali canali alternativi.

Il Contraente in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi; dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto 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.

Il Contraente dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumvita.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance). 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.

Il Contraente dichiara infine di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679).

Firma del Contraente _____

Il Contraente dichiara:

- di essere a conoscenza di poter esercitare la revoca della proposta secondo quanto indicato all'articolo 22 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aver versato o dato incarico a Banca Mediolanum di versare l'importo sopra riportato a titolo di rata lorda di perfezionamento. Prende atto che alla sottoscrizione del contratto si applica l'articolo 67-duodecies, comma 2, del Decreto Legislativo 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali. Entro il termine di 45 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Via Ennio Doris - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI). In tal caso la Compagnia provvederà a restituire l'intero premio versato. Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'articolo 67-duodecies, comma 2, del Codice del Consumo, la Compagnia provvederà a restituire l'intero premio versato. Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere, nel momento in cui sottoscrive il Contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio decorso il periodo di 45 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso;
- che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, 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 premio;
- di aver ricevuto ai sensi dell'articolo 56 del Regolamento IVASS 40/2018 il Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi, che contiene, tra le altre, informazioni sul distributore, sul modello e sulle attività di distribuzione del prodotto assicurativo
- di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato Italiano; si impegna pertanto a comunicare il prima possibile alla Compagnia l'eventuale variazione di residenza. In tal caso, la Compagnia recede dal Contratto e comunica al Contraente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

In relazione alle dichiarazioni fornite nel Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva, che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale, si richiama l'attenzione sulle seguenti avvertenze:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario medesimo;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Mediolanum Vita, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con i relativi costi a suo esclusivo carico.

Firma del Contraente _____

Condizioni da approvare in modo specifico

Il Contraente dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: articolo 1 – Cos'è Mediolanum Protezione Gravi Malattie e cosa protegge; articolo 2 – Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Gravi Malattie; articolo 4 – Garanzia prevista e somma che viene pagata (il capitale assicurato); articolo 5 – Chi non può essere assicurato; articolo 6 – Periodo di tempo durante il quale la Compagnia non paga l'indennizzo (periodo di carenza); articolo 8 – Casi in cui non si ha diritto al capitale assicurato (le esclusioni); articolo 11 – Cosa fare quando si verifica il sinistro (la denuncia del sinistro); articolo 13.1 – L'adeguamento del premio di polizza e del capitale assicurato; articolo 13.2 – Cosa succede se non viene pagato il premio.

Firma del Contraente _____

Firma della Proposta

Firma del Contraente _____

Spazio riservato ai soggetti incaricati della distribuzione per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo di Proposta (che dovrà essere effettuata alternativamente dal Consulente Finanziario o dal Family Protection Specialist, con relativa firma)

Cognome e nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede _____

Codice _____ Codice Area _____ Firma _____

Cognome e Nome del Family Protection Specialist _____

Codice _____ Firma _____

Il Family Protection Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI ☐ NO ☐

Cognome e nome _____ Codice _____

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.

fac-simile