mediolanum VITA

Mediolanum Vita S.p.A. – Sede Legale: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) – T +39 02 9049.1 – Capitale sociale euro 207.720.000 i.v. – Codice Fiscale – Iscr. Registro Imprese di Milano numero 01749470157 P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum – Impresa iscritta al numero 1.00041 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Capogruppo del Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritta al numero 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi – Società con unico Socio – Impresa Aut. Min. 8279 del 6/7/1973 (G.U. 193 del 27/7/1973) – mediolanumvita@pec.mediolanum.it – www.mediolanumvita.it

MEDIOLANUM
MY LIFE WEALTH EXTRA

IA72G25C0000000000

Mediolanum My Life Wealth Extra
Modulo di Proposta Polizza di Assicurazione Vita di tipo Unit Linked a vita intera

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

ID Report Adeguatezza _____

Data ultimo aggiornamento: 25 luglio 2025

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

Gentile Cliente,
Mediolanum Vita S.p.A. le offre la possibilità di accettare, con la sottoscrizione del presente Modulo, la Proposta di assicurazione sulla vita alle condizioni previste nel Set informativo costituito, oltreché dal presente Modulo, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento dei Fondi Interni, dal Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID) dell'/delle opzione/i di investimento prescelta/e ai fini della presente sottoscrizione nonché dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (c.d. DIP aggiuntivo IBIP). Si precisa che i contenuti di questi documenti costituiscono complessivamente la Proposta contrattuale della Compagnia ("Proposta").

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

Dati Anagrafici

Contraente/Assicurando

Cognome o Ragione Sociale _____ Nome _____ Persona ❑ F ❑ G

Codice Fiscale/Partita Iva (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 _____

Cap _____ Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

Rappresentante legale* (da compilare se il Contraente è una persona giuridica o una persona fisica incapace di agire)

* In caso di persona giuridica è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di 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 del Contraente (esempio procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale, provvedimento giudice tutelare).

Cognome _____ Nome _____

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

Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora l'Assicurando non coincida con il Contraente)*

* 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 allegata al presente modulo.

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) _____

(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). Se il Contraente è una persona giuridica, indicare il tipo di relazione esistente con il Titolare Effettivo della Società Contraente.

Categoria

❑ **"Wealth"**

Fac simile

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

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 in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, 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 designato/i in forma nominativa comporta l'impossibilità all'instaurazione del rapporto.

N.B. 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.

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

Beneficiari Persone Fisiche

1) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑ Sì ❑ No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑ M ❑ F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando(1):

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)(1):

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

2) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑ Sì ❑ No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑ M ❑ F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando(1):

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)(1):

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Fac simile

3) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

4) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Fac simile

5) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:
(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) _____
(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)[1]:
(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) _____
(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

6) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Percentuale** ____% Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:
(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) _____
(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione con l'Assicurando (da compilare obbligatoriamente qualora non coincida con il Contraente)[1]:
(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) _____
(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Beneficiari Persone Giuridiche

7) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____ Percentuale** _____ %

Numero iscrizione REA _____ Data iscrizione _____ Provincia CCIAA _____

Sede Legale

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Dati anagrafici Titolare/i Effettivo

Titolare Effettivo 1 Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Facsimile

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e l'Assicurando (da compilare qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Titolare Effettivo 2 Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e l'Assicurando (da compilare qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

8) **Dati Anagrafici** Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____ Percentuale** _____ %

Numero iscrizione REA _____ Data iscrizione _____ Provincia CCIAA _____

Sede Legale

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Dati Anagrafici Titolari Effettivi

Titolare Effettivo 1 Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Facsimile

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e l'Assicurando (da compilare qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Titolare Effettivo 2 Già Cliente ❑Sì ❑No Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso ❑M ❑F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e l'Assicurando (da compilare qualora non coincida con il Contraente)[1]:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione) _____

026 **Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi[2] dell'Assicurato**

027 **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi[2] dell'Assicurato**

Beneficiari appartenenti ad una delle seguenti classi/categorie[3]:

[illegible] **Nipoti in linea retta**

033 **Figli**

[illegible] **Fratelli e Sorelle**

035 **Genitori**

Fac simile

* Da inserire qualora sia già cliente.

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

(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). Se il Contraente è una persona giuridica, indicare il tipo di relazione esistente con il Titolare Effettivo della Società Contraente.

(2) Ai sensi dell'articolo 565 del Codice Civile.

(3) 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 nascituri successivi alla presente sottoscrizione. La prestazione sarà erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.

Referente Terzo

❑ Il sottoscritto Contraente chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia possa fare riferimento ad un Referente terzo (diverso dal Beneficiario) di seguito nominato:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

E-mail (facoltativa) _____

N.B. 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.

Modalità di investimento e pagamento premio. Per la compilazione barrare l'opzione prescelta

(La Compagnia accetta un premio iniziale almeno pari a € 1.000.000 per i Contraenti appartenenti alla categoria "Wealth")

La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti al Consulente Finanziario

❑ **Solo Premio Unico* €** _____ (4) (compilare sezione 1) (minimo € 5.000.000,00)

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io Contraente, in quanto intestatario del seguente conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo 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 numero _____

❑ **Bonifico bancario da <u>altra Banca</u>**:** vedasi contabile allegata.

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

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

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

* Tale importo costituirà il Premio di perfezionamento della Polizza.

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

(4) Nel caso in cui si desiderasse aderire al Programma Intelligent Investment Strategy o al Programma Big Chance, l'importo indicato in questa Sezione deve essere comprensivo dell'importo da destinare a uno di tali Programmi (in tal caso compilare anche la Sezione 3 o la Sezione 4).

❑ **Solo Pic Programmato Double Chance** (compilare esclusivamente sezione 2)
(minimo € 5.000.000,00) **€** _____

Bonifico bancario da Banca Mediolanum

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta numero _____

❑ **Premio Unico e Pic Programmato Double Chance €** _____ (importo totale) (minimo € 5.000.000,00)

di cui **Premio Unico* €** _____ (compilare sezione 1)

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io Contraente, in quanto intestatario del seguente conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo 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 numero _____

❑ **Bonifico bancario da <u>altra Banca</u>**:** vedasi contabile allegata.

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

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

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

di cui **Pic Programmato Double Chance €** _____ (minimo € 25.000,00 per versamento mediante Pic Programmato Double Chance) numero conto corrente di Banca Mediolanum sopra indicato per il pagamento del Premio Unico (compilare sezione 2)

Fac simile

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta numero _____

Tale importo costituirà il Premio di perfezionamento della Polizza.

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

Sezione 1 – Ripartizione del Premio Unico

❑ 1A – Investimento diretto in Oicr

È possibile selezionare un numero massimo complessivo di 35 OICR per ogni singola operazione.[5]

Società	ISIN[6]	Sicav/OICR – Denominazione e Classe[7]	Percentuale del Premio	Importo in euro

Fac simile

Società	ISIN[6]	Sicav/OICR – Denominazione e Classe[7]	Percentuale del Premio	Importo in euro

(5) In caso di selezione di più OICR la scelta della ripartizione dovrà essere fatta rispettando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.
(6) In caso di discordanza tra la denominazione dell'OICR e l'ISIN, farà fede il codice ISIN.
(7) La sottoscrizione di quote di OICR con copertura al cambio implica l'adesione alla relativa "Classe coperta al rischio di cambio".

❑ **1B – Investimento diretto nel Fondo Interno: (se opzionata, compilare anche la Sezione 3 per aderire al Programma Intelligent Investment Strategy)**

Società	Codice Fondo Interno	Denominazione	Percentuale del Premio	Importo in euro
Mediolanum Vita S.p.A	MED001FIEASY	Fondo Interno Easy Fund		

N.B.: importo minimo € 5.000 per OICR, € 30.000 per il Fondo Interno.

❑ **Adesione al Programma Big Chance (se opzionata, compilare anche la precedente Sezione 1A con l'indicazione dell'OICR di natura monetaria o obbligazionaria di partenza e la successiva Sezione 4)**

Sezione 2 – Ripartizione Pic Programmato Double Chance

Scegliere obbligatoriamente una sola delle seguenti opzioni – OPZIONE A oppure OPZIONE B:

❑ **Opzione A** PIC Programmato Double Chance **Azionario**

Frequenza: quindicinale **Numero di versamenti** _____ (indicare alternativamente 6,12,24,36 o 48)

❑ **Opzione B** PIC Programmato Double Chance **Obbligazionario**

Frequenza: quindicinale **Numero di versamenti** _____ (indicare alternativamente 6,12,24,36 o 48)

Importo singola rata[8] € _____
(L'importo della prima rata costituirà il Premio di perfezionamento della Polizza se attivato unicamente Pic Programmato Double Chance.)

ISIN[6]	Sicav/OICR – Denominazione e Classe[9]	Percentuale del Premio	Importo in euro

Fac simile

ISIN[6]	Sicav/OICR – Denominazione e Classe[9]	Percentuale del Premio	Importo in euro

(6) In caso di discordanza tra la denominazione dell'OICR e l'ISIN, farà fede il codice ISIN.

(8) Se il pagamento del Premio avviene solo con Pic Programmato Double Chance la prima rata di addebito sul Conto Double Chance avverrà contestualmente alla disponibilità del mezzo di pagamento (salvo buon fine) e sarà utilizzata quale Premio di perfezionamento della Polizza Mediolanum My Life Wealth Extra. Le rimanenti rate, così come la prima rata di addebito sul Conto Double Chance in caso di sottoscrizione mediante Premio Unico e Pic Programmato Double Chance, saranno addebitate tramite disposizione permanente addebito SDD su base quindicinale, con valuta 5 e 20 di ogni mese, a partire in ogni caso dalla prima valuta possibile, tenuto conto del tempo tecnico necessario per l'attivazione della suddetta disposizione.

(9) L'elenco delle denominazioni degli OICR azionari ed obbligazionari abbinabili al Pic Programmato Double Chance è riportato in allegato alle Condizioni di Assicurazione.

N.B. Il numero complessivo di OICR selezionabili è pari a 35 anche in caso di sottoscrizione mediante Premio Unico e Pic Programmato Double Chance. Qualora l'/gli OICR selezionato/i venisse/ro sostituito/i per l'Attività di Salvaguardia e/o Monitoraggio, il versamento programmato verrà trasferito automaticamente a favore dell'/degli OICR di destinazione individuato/i dalla Compagnia, come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Sezione 3 – Adesione al Programma Intelligent Investment Strategy

(abbinabile al versamento mediante Premio Unico)

❑ Io Contraente chiedo di aderire alla seguente conversione programmata unitamente ai meccanismi "Automatic Step-In" e "Automatic Step-Out" descritti nelle Condizioni di Assicurazione.

Importo totale € _____ (minimo 30.000,00)

Frequenza: mensile

Durata: _____ versamenti (indicare alternativamente 36, 48, 60)

Importo singola rata € _____ (determinato dal rapporto tra l'importo totale del programma e la durata dello stesso)*

dal Fondo Intern. Easy fund[10] a favore di

ISIN[6]	Denominazione e Classe OICR di destinazione[7] [11]	Percentuale del Piano	Importo in euro[12]	Automatic Step Out percentuale incremento valore quota (indicare 10% o 20%)

Facsimile

ISIN[6]	Denominazione e Classe OICR di destinazione[7] [11]	Percentuale del Piano	Importo in euro[12]	Automatic Step Out percentuale incremento valore quota (indicare 10% o 20%)

(11) L'elenco delle denominazioni degli OICR azionari abbinabili al Programma è riportato in allegato alle Condizioni di Assicurazione.
(12) Indicare la % del Piano oppure l'Importo in euro. La percentuale o l'importo dovrà corrispondere ad un investimento totale a favore del singolo OICR almeno pari a € 15.000 (non comprensivo dell'importo eventualmente indicato nella Sezione 1), come indicato nelle Condizioni di Assicurazione. La verifica dell'obbligo di mantenimento di un importo almeno pari il 30% delle somme investite in OICR emessi dalle Società di gestione del Gruppo Mediolanum sarà effettuata considerando la ripartizione dell'investimento alla conclusione del Programma.

N.B.

- **L'adesione al Programma Intelligent Investment Strategy non è compatibile con il servizio di Decumulo Finanziario e con i Programmi Consolida i Rendimenti, Reinvesti sui Cali e Big Chance nonché con la modalità di investimento del Premio mediante Pic Programmato Double Chance.**
- **Successivamente all'attivazione del Programma Intelligent Investment Strategy, non è consentito modificarne le caratteristiche.**
- **Qualora l'/gli OICR selezionato/i venisse/ro sostituito/i per l'Attività di Salvaguardia e/o Monitoraggio, il Programma Intelligent Investment Strategy sarà trasferito automaticamente a favore dell'/degli OICR di destinazione individuato/i dalla Compagnia, come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.**

Sezione 4 – Adesione al Programma Big Chance

(abbinabile al versamento mediante Premio Unico)

❑ Io Contraente chiedo di aderire secondo le disposizioni di seguito riportate:

Importo totale € _____ (minimo € 25.000,00)

Frequenza: mensile

Durata: _____ versamenti (indicare alternativamente 3, 6, o 12)

Importo singola rata € _____ (determinato dal rapporto tra l'importo totale del Programma e la durata dello stesso)*

Dall'OICR di seguito indicato (precedentemente selezionato nella Sezione 1):

ISIN[6]	Denominazione e Classe OICR di partenza[13]

A favore di:

ISIN[6]	Denominazione e Classe OICR di destinazione[13]	Percentuale del Piano[14]	Importo in euro[14]

Fac simile

ISIN[6]	Denominazione e Classe OICR di destinazione[13]	Percentuale del Piano[14]	Importo in euro[14]

* L'importo della rata e la durata del Programma potrebbero differire nei casi indicati all'articolo delle Condizioni di Assicurazione relativo al Programma.

(6) In caso di discordanza tra la denominazione dell'OICR e l'ISIN, farà fede il codice ISIN.

(13) L'elenco delle denominazioni degli OICR obbligazionari/monetari di provenienza e degli OICR azionari/multi asset di destinazione, abbinabili al Programma, è riportato in allegato alle Condizioni di Assicurazione.

(14) Indicare la % del Piano oppure l'Importo in euro. La percentuale o l'importo dovrà corrispondere ad un investimento totale a favore dell'OICR azionario/multi asset di destinazione pari ad almeno € 5.000, se l'OICR non è stato precedentemente indicato nella Sezione 1, ovvero € 2.500 se l'OICR è stato indicato anche nella precedente Sezione 1, nel rispetto dei limiti percentuali indicati dall'articolo 4.
Il Programma Big Chance è attivabile purchè sul Contratto non sia attivo un Pic Programmato Double Chance, o il Programma Intelligent Investment Strategy. Successivamente all'attivazione del Programma non è consentito modificarne le caratteristiche.
I Programmi Consolida i Rendimenti e Reinvesti sui Cali resteranno sospesi per tutta la durata del Big Chance qualora attivato sui medesimi OICR oggetto di consolidamento/reinvestimento, come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

N.B. La verifica dell'obbligo di mantenimento di un importo pari ad almeno il 30% delle somme investite in OICR emessi dalle Società del Gruppo Mediolanum sarà effettuata considerando la ripartizione dell'investimento alla conclusione del Programma.
Qualora l'/gli OICR selezionato/i venisse/ro sostituito/i per l'Attività di Salvaguardia e/o Monitoraggio, il Programma Big Chance sarà trasferito automaticamente a favore dell'/degli OICR di destinazione individuato/i dalla Compagnia, come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Sezione 5 – Servizio di Decumulo Finanziario[15]

Durata del Servizio: _____ anni (indicare alternativamente 5, 10 o 15)

Importo ❑ 3% ❑ 5% calcolato sul Premio versato (per Pic Programmato Double Chance sul totale dei Premi versati al termine del programma)

Frequenza della rata _____ (indicare alternativamente Annuale, Semestrale, Trimestrale o Mensile)

❑ **Accredito su conto corrente di Banca Mediolanum a me intestato:**

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in attesa di proposta n. _____

❑ **Accredito su conto corrente presso altra Banca intestato al Contraente:**

❑ IBAN _____

(15) Il servizio si attiva in presenza di un ammontare minimo di 20.000 euro sulla Polizza. Il calcolo e l'erogazione delle rate avverrà nelle modalità e nei termini di cui all'articolo delle Condizioni di Assicurazione relativo al Servizio.
La durata dello stesso, le percentuali dell'importo periodico e la frequenza delle rate non potranno essere successivamente modificate.

N.B. Non è possibile aderire al servizio in caso di adesione al Programma Intelligent Investment Strategy.

Facsimile

Sezione 6 – Programmi Consolida i Rendimenti e Reinvesti sui Cali

❑ Io Contraente chiedo di aderire secondo le disposizioni di seguito riportate:

Isin[6]	Denominazione e Classe OICR di provenienza[11]	Percentuale di incremento valore quota (5% o 10%)	Isin[6]	Denominazione e Classe OICR di destinazione[11]	Adesione al programma Reinvesti sui Cali
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

(6) In caso di discordanza tra la denominazione dell'OICR e l'ISIN, farà fede il codice ISIN.

(16) L'elenco delle denominazioni degli OICR azionari/multi asset ed obbligazionari abbinabili ai Programmi Consolida i Rendimenti e Reinvesti sui Cali è riportato in allegato alle Condizioni di Assicurazione.

N.B.

- **Il programma Consolida i Rendimenti è attivabile su un OICR azionario/multi asset a favore di un solo OICR obbligazionario (esempio non è possibile attivare il programma da un OICR azionario/multi asset a favore di due OICR obbligazionari).**
- **Il programma Reinvesti sui Cali può essere attivato solo nel caso in cui anche il programma Consolida i Rendimenti venga contestualmente attivato sui medesimi OICR.**
- **I Programmi Consolida i Rendimenti e Reinvesti sui Cali non potranno essere attivati in caso di adesione al Programma Intelligent Investment Strategy; gli stessi inoltre resteranno sospesi per tutta la durata del Big Chance qualora attivato sui medesimi OICR oggetto di consolidamento/reinvestimento.**

Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet

❑ Con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa in corso di contratto, prevista dalla normativa vigente, venga 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 Home Insurance nell'area riservata del sito internet 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 e 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 riceverò un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell'area riservata. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato, in mancanza del quale, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me indicato.

A tal fine:

- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia durevole delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che né la Società né la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione delle informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, casi fortuiti o fatti di terzi comunque accaduti al di fuori del controllo delle stesse, che inoltre le comunicazioni per via telematica potranno essere sospese per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonchè per ragioni cautelari;
- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, 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 esempio "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 Contraente/Rappresentante legale _____

Facsimile

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

- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in fondo al presente modulo, che la mia eventuale qualifica di Persona Esposta Politicamente o di soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel prosieguo 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/i collegato/i 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*, qualora diverso dal Contraente, è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto/i collegato/i a Persona Esposta 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:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 5° Beneficiario:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 6° Beneficiario:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 7° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

_____

Motivazione 7° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

_____

Motivazione 8° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

_____

Motivazione 8° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

_____

Fac simile

- Inoltre, in qualità di Contraente del presente contratto di assicurazione dichiaro:
  - consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (articolo 55 e seguenti del 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 al beneficiario della prestazione assicurativa o al titolare effettivo (confronta articolo 20 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni) per consentire alla Compagnia 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 provvederà pertanto a fornirmi 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 e/o del Fondo Interno abbinati 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 dalle Condizioni di Assicurazione non considerando il suddetto periodo di sospensione;
  - di essere consapevole che la Compagnia, qualora si trovasse nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), Decreto Legislativo 231/2007, si asterrà dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari (articolo 42, Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni);
  - di essere consapevole che le informazioni relative alle operazioni ritenute "s.ospette" 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 Contraente/Rappresentante legale _____

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

Dichiarazioni e Firme del Sottoscrittore

❑ Io Contraente dichiaro di voler sottoscrivere la Copertura Supplementare come di seguito denominata Opzione: _____ (indicare alternativamente 1, 2, 3 o 4)

Prendo atto pertanto che, in caso di decesso dell'Assicurato, Mediolanum Vita S.p.A. corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto un capitale determinato secondo quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione, applicando le aliquote previste dalla Tabella 2, presenti all'interno delle Condizioni di Assicurazione, in base alla copertura da me attivata.

Prendo infine atto che in caso di decesso dell'Assicurato nei primi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto (Periodo di Carenza) la maggiorazione derivante dalla sottoscrizione della Copertura Supplementare non si applica; in tal caso verrà corrisposto ai Beneficiari esclusivamente il controvalore delle quote/azioni degli OICR ed eventualmente del Fondo Interno abbinati al Contratto, determinato in base ai criteri di valorizzazione riportati nell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione, senza alcuna maggiorazione caso morte.

Firma Contraente/Rappresentante legale _____

Prendo atto che, ai sensi del Decreto Legislativo 7 dicembre 2005 numero 209, ho facoltà di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta) con l'obbligo della Compagnia alla restituzione dei Premi versati al netto dei diritti già riscossi e in ogni caso secondo quanto dettagliatamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Prendo altresì 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 trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta). Entro detto termine sarà, dunque, possibile comunicare il recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Via Ennio Doris – 20079 Basiglio – Milano 3 (MI). Preso atto di quanto precede, chiedo 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 avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto e in ogni caso secondo quanto dettagliatamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Poiché il Contratto si conclude con la consegna del presente modulo debitamente sottoscritto dal Contraente al Soggetto Distributore, non è prevista la possibilità di revoca della Proposta.
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.

Firma Contraente/Rappresentante legale _____

Il sottoscritto Contraente:
- essendo stato avvertito della possibilità di ricevere gratuitamente il Set informativo su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo, sceglie la modalità:

Facsimile

❑ NON CARTACEA; dichiara di essere in grado di consultare e gestire autonomamente documenti in formato file elettronico PDF e pertanto di accettare che copia dei documenti relativi all'investimento vengano consegnati in formato file elettronico PDF, archiviati su supporto elettronico durevole (ad esempio Pendrive, Cd-Rom, Dvd, ecc.). Il sottoscritto è altresì informato della possibilità di poter comunque richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati, anche con riferimento al Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID), la cui versione aggiornata è disponibile nel sito della Compagnia per tutta la durata della commercializzazione della Polizza.

❑ CARTACEA

Qualora non sia stata contrassegnata alcuna casella, si intenderà prescelta la modalità di consegna cartacea;

- **dichiara di essere stato informato dei rischi connessi all'investimento finanziario, come descritti alla sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?" del Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID) dell'/delle opzione/i di investimento prescelta/e e di aver ricevuto gratuitamente, letto ed accettato in ogni parte in tempo utile, prima della sottoscrizione della presente proposta di polizza, copia del predetto documento unitamente alle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento del Fondo Interno. Dichiara altresì di essere consapevole che i KID delle ulteriori opzioni di investimento sottoscrivibili sono disponibili sul sito www.mediolanumvita.it per tutta la durata della commercializzazione della Polizza e che i Prospetti degli OICR, cui sono direttamente collegate le prestazioni del Contratto, sono consultabili sul sito internet delle rispettive società emittenti;**
- dichiara di aver ricevuto ai sensi dell'articolo 133 comma 2 del Regolamento Intermediari: (i) l'informativa sul distributore assicurativo e (ii) l'informativa sul prodotto d'investimento assicurativo e sull'attività di distribuzione assicurativa.

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.

Dichiara inoltre di essere consapevole che alla distribuzione del presente prodotto si applicano le Norme di Banca Mediolanum sui Servizi di Investimento già ricevute, lette e accettate – disponibili nella versione aggiornata nella sezione Trasparenza del sito www.bancamediolanum.it – e al cui interno sono altresì contenuti l'"Informativa sugli strumenti finanziari" e il "Documento informativo sulle principali regole di comportamento del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede nei confronti dei clienti o dei potenziali clienti".

Il sottoscritto è 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. servizio di 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.

Dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali trasmessa dal Soggetto Distributore ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679), e di aver prestato il proprio consenso al trattamento dei propri dati in relazione alla presente proposta.

Il sottoscritto prende atto che, ai sensi dell'articolo 13 della Tariffa allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, numero 642, l'imposta di bollo applicata alle comunicazioni periodiche e alle operazioni riferite al pagamento della prestazione in caso di riscatto totale e parziale o di decesso dell'Assicurato sarà assolta in modo virtuale da Mediolanum Vita S.p.A. e sarà trattenuta al momento del pagamento della prestazione.

Il Sottoscritto – ai fini della Legge 18 giugno 2015 numero 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, ratificato con la Legge 18 giugno 2015, numero 95 – 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 2020 è entrata in vigore la Direttiva UE 2018/822 – c.d. Direttiva DAC6 recepita in Italia con il Decreto Legislativo numero 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 aggressiva 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.

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere la residenza anagrafica/sede legale nel territorio dello Stato italiano o nella Repubblica di San Marino e di non essere una c.d. "US Person"; si impegna pertanto a comunicare il prima possibile alla Compagnia l'eventuale variazione di tali requisiti. In tal caso dichiara di essere consapevole che la Compagnia non accetterà ulteriori versamenti di premio e che la stessa si riserva la facoltà di risolvere unilateralmente il contratto.

Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di adesione al Programma Intelligent Investment Strategy, qualora non fosse stata selezionata l'opzione di prosecuzione delle conversioni programmate oltre la durata prescelta, il

Facsimile

controvalore eventualmente presente sul Fondo Interno Easy Fund al termine del Programma, sarà trasferito sull'OICR monetario con più bassa volatilità tra quelli delle Società del Gruppo Mediolanum resi disponibili dalla Compagnia. Il sottoscritto è altresì consapevole che il trasferimento su tale OICR avverrà in ogni caso a seguito della revoca del Programma prima della sua conclusione e che ha facoltà di riallocare successivamente quanto trasferito in altro OICR.

Il sottoscritto Contraente dichiara 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.

Con la sottoscrizione della presente Proposta, il sottoscritto accetta di sottoscrivere il Contratto di assicurazione sulla vita di tipo unit linked a vita intera relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato "Mediolanum My Life Wealth Extra". La Compagnia dichiara di venire a conoscenza della suddetta accettazione al momento della firma della presente Proposta, per il che il presente Contratto si intende concluso.

Il sottoscritto prende atto e accetta che l'efficacia del contratto è, in ogni caso, anche successivamente al suo perfezionamento, condizionata (i) allo svolgimento dell'adeguata verifica della clientela ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio e (ii) all'effettuazione di controlli atti a verificare il permanere dell'adeguatezza della presente operazione ai sensi della normativa vigente, a seguito di eventuali operazioni poste in essere dal cliente successivamente alla richiesta di sottoscrizione ed anteriormente all'esecuzione della stessa.
Qualora le predette condizioni non si realizzassero – o qualora sussistessero ulteriori impedimenti di carattere normativo alla regolare conclusione e/o stipulazione del contratto – il contratto stesso si intenderà risolto di diritto.
Conferma infine di aver ricevuto e di aver preso visione, prima della presente sottoscrizione, dell'informativa sui costi e oneri e sul loro effetto sul rendimento, nonchè, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di investimento della Banca, dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto alle proprie caratteristiche personali e finanziarie nonché 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.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurando* _____

Firma Contraente/Rappresentante legale _____

* Da firmare obbligatoriamente qualora l'Assicurando non coincida con il Contraente.

Il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: l'articolo 3 (Prestazione assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato) con riferimento al Periodo di Carenza, l'articolo 4 (Investimento del premio), l'articolo 5.2 (Riscatto totale), l'articolo 5.3 (Riscatto parziale), l'articolo 5.5 (Servizio di Decumulo Finanziario), l'articolo 5.6 (Programma Intelligent Investment Strategy), l'articolo 6 (Attività di Salvaguardia e Monitoraggio), l'articolo 7 (Rischi esclusi), l'articolo 8 (Limitazioni),l'art. 9 (Dichiarazioni inesatte e reticenti), l'articolo 10 (Documentazione richiesta per i pagamenti), l'articolo 11 (Pagamenti da parte della Compagnia), l'articolo 13 (Conclusione del contratto), l'articolo 14 (Decorrenza del Contratto e della copertura assicurativa), l'articolo 16 (Diritto di recesso), l'articolo 17 (Costi e oneri collegati al Contratto).

Firma Contraente/Rappresentante legale _____

Fac simile

Spazio riservato ai Soggetti Incaricati della Distribuzione **per l'identificazione dei Firmatari del Presente Modulo**

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

Firma del Consulente Finanziario _____ Codice _____

Informativa Persone Esposte Politicamente (c.d. PEP)
Articolo 1, lettera dd) del Decreto Legislativo 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.

Obblighi del cliente

<u>Articolo 22 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni</u>

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, numero 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, numero 364, nonchè le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purchè stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Facsimile

<u>Articolo 34 del Regolamento IVASS 44/19</u>

4. Al momento della liquidazione della prestazione o dell'applicazione di misure rafforzate al rapporto continuativo connesse a fattori di più elevato rischio riguardanti il beneficiario o in relazione con il contraente, sono acquisiti i restanti dati identificativi del beneficiario: residenza anagrafica e, ove diverso, domicilio; estremi del documento di identificazione e codice fiscale per le persone fisiche.
5. Qualora il cliente o il beneficiario siano soggetti diversi da persona fisica, l'identificazione è effettuata:
   a) nei confronti del cliente e del beneficiario, attraverso l'acquisizione dei dati identificativi nonché di informazioni su tipologia, forma giuridica, fini perseguiti e/o attività svolta e estremi dell'iscrizione, ove prevista, nel registro delle imprese o delle persone giuridiche nonché negli albi tenuti dalle eventuali Autorità di vigilanza di settore;
   b) in caso di organizzazioni senza fini di lucro, acquisendo anche informazioni circa la classe di soggetti che beneficiano delle attività svolte;
   c) in caso di trust, acquisendo copia dell'ultima versione dell'atto istitutivo e raccogliendo informazioni in merito alle finalità in concreto perseguite dalle parti, all'identità del trustee e dei beneficiari, ai criteri per l'univoca individuazione dei beneficiari, alle modalità di esecuzione del trust e a ogni altra caratteristica del medesimo;
   d) nei confronti dell'esecutore, con le stesse modalità previste per una persona fisica cliente o beneficiario, acquisendo i documenti sulla sussistenza del potere di rappresentanza.
6. Le imprese effettuano l'identificazione – anche tramite gli intermediari assicurativi e gli intermediari assicurativi stabiliti senza succursale – in presenza del cliente, del beneficiario ovvero dell'esecutore quando il cliente o il beneficiario siano un soggetto diverso da una persona fisica.
7. Non è necessaria la presenza fisica del cliente, del beneficiario o dell'esecutore nei casi di cui all'articolo 19, comma 1, lettera a), dal numero 1) al numero 5), el decreto antiriciclaggio nonché nell'ambito dell'operatività a distanza di cui all'articolo 39 del presente regolamento.

8. Nel contratto di assicurazione o nel separato atto di designazione consegnato all'impresa, il cliente fornisce i dati identificativi del beneficiario ovvero, se il beneficiario è designato in base a particolari caratteristiche o classi, informazioni sufficienti per consentire all'impresa di stabilire che l'identità dei beneficiari possa essere determinata al momento della liquidazione della prestazione.

Articolo 35 del Regolamento IVASS 44/19

1. L'identificazione del titolare effettivo del cliente ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, contestualmente all'identificazione del cliente e sulla base dei dati identificativi da questi forniti.
2. Quando il titolare effettivo è costituito dall'assicurato, l'identificazione ha luogo nel momento in cui l'impresa è tenuta a raccogliere i dati identificativi dell'assicurato ai fini della rilevazione nei registri assicurativi ai sensi del Regolamento ISVAP numero 27 del 14 ottobre 2008.
3. I dati identificativi del titolare effettivo del beneficiario sono forniti all'impresa:
   a) dal beneficiario, che abbia comunicato per iscritto all'impresa la propria dichiarazione al contraente di voler profittare del beneficio ai sensi dell'articolo 1921 del codice civile;
   b) dal cliente nell'atto di designazione consegnato all'impresa medesima, negli altri casi.
4. All'atto dell'identificazione, al cliente diverso da persona fisica viene richiesto di fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo sub 2), di dichiarare se il rapporto continuativo è aperto o l'operazione occasionale è effettuata per conto di altro soggetto (titolare effettivo sub 1) nonché di fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione di questo soggetto e dell'eventuale titolare effettivo sub 2) dello stesso.
5. Prima del pagamento della prestazione – e comunque nel momento in cui vengono applicate misure rafforzate ai contratti di assicurazione – vengono acquisiti i restanti dati identificativi di tutti i soggetti rientranti nella definizione di beneficiario (la residenza anagrafica e, ove diverso, il domicilio; gli estremi del documento di identificazione; il codice fiscale); nei casi di soggetti diversi da una persona fisica viene richiesto ai beneficiari di fornire i restanti dati identificativi relativi al titolare effettivo sub 3).

Articolo 36 del Regolamento IVASS 44/19

1. La verifica dei dati del cliente, del beneficiario, dell'esecutore e del titolare effettivo richiede il riscontro della veridicità dei dati identificativi contenuti nei documenti e delle informazioni acquisiti all'atto dell'identificazione.
2. Con riferimento al cliente e al beneficiario, se si tratta di persone fisiche, nonché all'esecutore, le imprese accertano l'autenticità e la validità del documento d'identità o di altro documento di riconoscimento equipollente acquisito e, per l'esecutore, accertano altresì la sussistenza del potere di rappresentanza in forza del quale egli opera in nome e per conto del cliente.
3. Per i soggetti minori di età, i dati identificativi devono essere verificati, in mancanza di un documento di identità o di riconoscimento, attraverso il certificato di nascita o l'eventuale provvedimento del giudice tutelare. La verifica può avvenire anche a mezzo di una foto autenticata. In tal ultimo caso devono essere acquisiti gli estremi dell'atto di nascita dell'interessato.
4. Per i soggetti non comunitari, le imprese verificano i dati personali attraverso il passaporto, il permesso di soggiorno, il titolo di viaggio per stranieri rilasciato dalla Questura, o altro documento da considerarsi equivalente ai sensi della normativa italiana.
5. Qualora dagli accertamenti di cui ai commi 2, 3 e 4 emergano dubbi, incertezze o incongruenze, le imprese effettuano ulteriori riscontri per verificare i dati identificativi e le informazioni acquisiti, inclusa la consultazione del sistema pubblico per la prevenzione del furto di identità di cui al decreto legislativo 11 aprile 2011, numero 64.
6. Nel caso in cui il cliente o il beneficiario siano soggetti diversi da una persona fisica, le imprese:
   a) effettuano il riscontro dei dati identificativi con le informazioni desumibili da fonti affidabili e indipendenti, acquisite in via autonoma o per il tramite del cliente, conservando copia in formato cartaceo o elettronico;
   b) con riferimento alla titolarità effettiva, adottano misure proporzionate al rischio per ricostruirne l'assetto proprietario e di controllo. A tale fine le imprese consultano ogni fonte informativa per individuare il titolare effettivo sub 2), inclusa la consultazione dell'apposita sezione del registro delle imprese.
7. Oltre al registro delle imprese italiano, rientrano tra le fonti affidabili e indipendenti per il riscontro dei dati identificativi del cliente diverso da una persona fisica e del titolare effettivo sub 2) e sub 3):
   a) gli albi ed elenchi di soggetti autorizzati, gli atti costitutivi, gli statuti, i bilanci o documenti equivalenti, le comunicazioni rese al pubblico in conformità alla normativa di settore (inclusi prospetti, comunicazioni di partecipazioni rilevanti o informazioni privilegiate);
   b) i registri dei titolari effettivi istituiti in altri paesi comunitari in attuazione degli articoli 30 e 31 della quarta direttiva antiriciclaggio;
   c) le informazioni provenienti da organismi e autorità pubbliche, ivi compresa la pubblica amministrazione, anche di altri paesi comunitari, incluse quelle che possono essere acquisite attraverso i siti web.
8. Le imprese, secondo un approccio fondato sul rischio, valutano l'estensione e la profondità dei riscontri da effettuare e accertano comunque il contenuto dei documenti redatti in lingua straniera.
11. La verifica dei dati relativi al beneficiario avviene al momento del pagamento prestazione assicurativa o quando al rapporto continuativo vengono applicate misure rafforzate di adeguata verifica connesse a fattori di più elevato rischio riguardanti il beneficiario o la relazione con il contraente.

Sanzioni

Articolo 55, comma 3 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Obblighi di astensione

Articolo 42 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo nè verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo [illegible] comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita quando sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Facsimile

Normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

Dal 1° luglio 2014 è in vigore la normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA"), che prevede determinati obblighi di comunicazione a carico delle istituzioni finanziarie non statunitensi.

Al riguardo l'Italia ha sottoscritto con il Governo degli Stati Uniti d'America un accordo intergovernativo, ratificato con la Legge 18 giugno 2015, numero 95, del tipo "modello IGA 1" per migliorare la compliance fiscale internazionale nonché per applicare la predetta normativa FATCA.

In virtù di tale accordo le istituzioni finanziarie residenti in Italia sono tenute a verificare lo status di US Person ai fini FATCA di ciascun cliente, sulla base dei dati anagrafici nonché delle dichiarazioni fornite in sede di sottoscrizione per il tramite del Distributore. Qualora la documentazione risulti incompleta o inesatta l'istituzione finanziaria non procederà all'apertura di alcun rapporto.

Il sottoscrittore sarà inoltre tenuto, successivamente alla sottoscrizione, a comunicare eventuali cambiamenti alla Compagnia, anche per il tramite del Distributore, che determinano modifiche in relazione alla residenza fiscale, pena l'applicazione, nei casi previsti, di un prelievo alla fonte del 30% sui pagamenti provenienti da prodotti/servizi di fonte statunitense ("withholdable payments") da esse ricevuti.

Inoltre, le istituzioni finanziarie residenti in Italia, sono tenute a comunicare annualmente all'Amministrazione Finanziaria del proprio Paese i dati relativi ai conti che risultino detenuti da determinati investitori statunitensi ("specified U.S. persons"), da entità non finanziarie passive ("passive NFFEs") con titolari effettivi investitori statunitensi, nonché i pagamenti effettuati ad istituzioni finanziarie non statunitensi che non rispettino la normativa FATCA ("non-partecipating FFIs"). L'Amministrazione Finanziaria provvede, a sua volta, a trasmettere le suddette informazioni alla competente autorità statunitense (Internal Revenue Service – IRS).

La predetta segnalazione riguarderà sia l'ipotesi di residenti fiscali negli USA, sia laddove previsto dalla normativa, nel caso di presunzione che tali soggetti abbiano le condizioni indicate.

Normativa Common Reporting Standards (CRS)

Dal 1° Gennaio 2016 sono in vigore le disposizioni previste da nuovo standard di scambio automatico di informazioni tra autorità fiscali promosso dal G20 e dall'OCSE con l'obiettivo di rafforzare le misure contro l'evasione fiscale internazionale.

Tali disposizioni denominate CRS, Common Reporting Standard, sono state recepite dall'Unione Europea con la Direttiva 2014/107/UE e dall'Italia con la Legge 95 del 18 Giugno 2015.

La nuova normativa ha introdotto l'obbligo, per gli intermediari finanziari (esempio: banche, compagnie assicurative, SGR, società fiduciarie ecc.) di acquisizione del Codice Fiscale e di una autocertificazione attestante la Residenza Fiscale per tutti i Clienti titolari di prodotti d'investimento assicurativi.

Il Contraente sarà inoltre tenuto, successivamente alla sottoscrizione, a comunicare all'intermediario finanziario emittente, anche per il tramite del Distributore, eventuali cambiamenti che determinano modifiche in relazione alla propria residenza fiscale.

La normativa prevede che a partire dal 2017 (per i dati al 31/12/2016) l'Intermediario finanziario provveda a segnalare all'Agenzia delle Entrate i dati relativi ai clienti che presentano residenze fiscali diverse da Italia e alle "passive NFE" con titolari effettivi con (una o più) residenze fiscali diverse dall'Italia.

Successivamente l'Agenzia delle Entrate provvederà ad elaborare i dati ricevuti per inviarli alle autorità fiscali dei paesi aderenti al CRS; contestualmente l'Agenzia delle Entrate riceverà a sua volta i dati relativi a contribuenti italiani che detengono rapporti finanziari in paesi aderenti CRS.

La predetta segnalazione riguarderà sia l'ipotesi di residenti fiscali in paesi diversi dall'Italia che aderiscono allo scambio di informazioni, sia laddove previsto dalla normativa, nel caso di presunzione che tali soggetti abbiano le condizioni indicate.

Scambio di informazioni ai sensi della Direttiva c.d. "DAC6"

In data 25 giugno 2018 è entrata in vigore la Direttiva UE 2018/822 – c.d. Direttiva DAC6 – concernente lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone agli intermediari finanziari di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente aggressiva 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. In Italia, la Direttiva citata è stata recepita con il Decreto Legislativo numero 100 del 30 luglio 2020, in vigore dal 26 agosto 2020.

Mezzo di pagamento	**Valuta riconosciuta**	**Giorno di riferimento(*)**
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 Ordinataria.	Il giorno di valuta oppure quello di ricevimento da parte di Mediolanum Vita 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 riferimento è quello in cui Mediolanum Vita S.p.A. ha sia la disponibilità del Premio che la conoscenza della relativa causale.

Fac simile

Informativa Sul Trattamento Dei Dati Personali

Premessa

Ai sensi della vigente normativa relativa alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento UE 2016/679), Mediolanum Vita S.p.A. (di seguito per brevità la "Compagnia") intende fornire la seguente informativa che permette al soggetto cui si riferiscono i dati (o colui/colei che lo rappresenta nel caso in cui l'interessato sia soggetto alla potestà genitoriale o di un tutore o di un curatore) di conoscere come vengono trattati i suoi dati.

1. Fonte e categorie dei dati personali del cliente

I dati vengono raccolti direttamente presso il soggetto interessato tramite consulenti finanziari, collaboratori in genere e propri dipendenti che operano quali soggetti autorizzati al trattamento ai sensi della vigente normativa. Tali dati raccolti nelle forme e nei modi previsti dalla vigente normativa, possono essere anche appartenenti a categorie particolari, quali a titolo esemplificativo quelli relativi alla salute.

2. Finalità e basi giuridiche del trattamento dei dati personali

I dati, forniti o comunque acquisiti dalla Compagnia per lo svolgimento della propria attività e l'esecuzione di ogni eventuale rapporto contrattuale, saranno trattati per le seguenti finalità: a) adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, disposizioni emanate da Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo; b) adempimento di obblighi precontrattuali e contrattuali strettamente connessi con la gestione del rapporto posto in essere, in particolar modo per il pagamento di prestazioni assicurative in caso di sinistro a favore degli aventi diritto.

3. Modalità di trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati potrà avvenire mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate con le finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

4. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

Alcuni dati sono essenziali per l'assolvimento di obblighi di legge, regolamentari o normativi in genere nonché per consentire la conclusione del contratto, la corretta esecuzione e la migliore gestione dello stesso. Pertanto, il mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al rapporto contrattuale medesimo. L'eventuale rifiuto di fornire i dati per i quali non sia previsto l'obbligo di conferimento, ma strettamente funzionali all'esecuzione e alla gestione dei rapporti contrattuali, non comporterà alcuna conseguenza salvo l'eventuale impossibilità di dare seguito a talune operazioni connesse a tali dati. Per l'eventuale trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari, quali quelli riferiti alla salute, è richiesto il consenso esplicito in mancanza del quale non sarà possibile disporre il relativo trattamento.

5. Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati personali

- I dati personali potranno essere comunicati, in qualità di autonomi Titolari, a Organi Pubblici e di Vigilanza, soggetti pubblici o privati cui sono comunque demandate, ai sensi della normativa vigente, funzioni di rilievo pubblicistico e che siano comunque legittimi destinatari di comunicazioni previste da norme di legge o regolamentari.
- Ove necessario e in funzione dei rapporti in essere, i dati personali potranno essere comunicati ad altre compagnie di assicurazioni, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo finanziario e bancario, inclusi i soggetti appartenenti alla cosiddetta catena assicurativa.
- Ove necessario e in funzione dei rapporti in essere, i dati personali potranno essere comunicati, nella loro qualità di autonomi titolari di trattamento:
  i) a consulenti, studi professionali;
  ii) ad altri organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, finanziario e bancario;
  iii) a società di assicurazione, coassicurazione, riassicurazione e di brokeraggio.
- Ove necessario e in funzione dei rapporti in essere, i dati potranno altresì essere portati a conoscenza, in qualità di responsabili del trattamento che svolgeranno attività strumentali alla gestione del rapporto contrattuale a società che svolgono per conto della Compagnia attività di assistenza telefonica all'Interessato (a titolo esemplificativo richieste di natura informativa effettuate tramite il Banking Center di Banca Mediolanum S.p.A. per conto della Compagnia); enti di gestione di dati e di servizi propri del settore bancario e assicurativo; enti ed organismi che effettuano attività di gestione elettronica di dati e di mezzi di pagamento; società che svolgono attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; società che svolgono servizi di archiviazione della documentazione e società specializzate in servizi di data entry; società di servizi informatici e società che svolgono attività di assistenza tecnica ai medesimi servizi informatici; società che svolgono servizi di gestione amministrativa e contabile.
- Ove necessario e in funzione dei rapporti in essere, i dati potranno essere portati a conoscenza di dipendenti, dei Consulenti finanziari e dei collaboratori in genere della Compagnia, nella loro qualità di soggetti autorizzati al trattamento.
- Ove necessario, in relazione all'attività di intermediazione e distribuzione di prodotti assicurativi, per le finalità di gestione dei contratti di polizza e dei relativi sinistri, i dati personali, anche appartenenti a categorie particolari, potranno essere portati a conoscenza dei dipendenti e collaboratori di Banca Mediolanum la quale, operando in qualità di intermediario assicurativo, potrà così svolgere l'attività di assistenza telefonica alla clientela. Tali soggetti, agendo nella loro qualità di soggetti autorizzati dalla Banca stessa al trattamento, tratteranno i dati previa adozione delle cautele necessarie per garantire che i dati vengano trattati esclusivamente per le finalità suddette. Inoltre, precisiamo che i dati possono essere trasmessi fuori dal territorio dell'Unione Europea per svolgere attività strumentali alla gestione dei servizi previsti dagli accordi contrattuali esistenti. In tal caso i dati saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti adottando tutte le cautele necessarie per garantire la piena tutela dei dati stessi anche qualora i Paesi di destinazione dei dati non forniscano adeguate garanzie di protezione.

6. Tempi di conservazione dei dati

I dati personali saranno trattati per il tempo necessario alla gestione del rapporto contrattuale, alla cessazione del quale i dati stessi saranno conservati, adottando dopo tre anni criteri di minimizzazione del trattamento, fino alla scadenza del termine decennale connesso ad obblighi di legge e ai termini di prescrizione. Decorso tale ulteriore termine ogni contitolare adotta misure tecniche e organizzative per garantire che i dati non siano ulteriormente consultabili, se non per esigenze connesse all'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

7. Diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti a soggetti indeterminati.

8. Diritti dell'interessato

La Normativa vigente disciplina i diritti che spettano agli interessati e definisce le modalità di esercizio e di riscontro all'interessato. L'interessato ha quindi diritto di ottenere:

- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei Responsabili del trattamento e del rappresentante designato ai sensi della protezione dei dati, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato, responsabili o incaricati;
- l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati, la cancellazione (esercitando il diritto all'oblio), la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'attestazione che le predette operazioni sono state portate a conoscenza di coloro ai quali sono stati comunicati o diffusi.

L'interessato ha inoltre diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. Inoltre, l'interessato ha il diritto di esercitare la limitazione del trattamento dei dati e la portabilità dei dati stessi. È diritto dell'interessato presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme e nei modi previsti dalla normativa vigente.

9. Titolare e Responsabile della protezione dei dati

Il Titolare del trattamento dei dati è Mediolanum Vita S.p.A. – Via Ennio Doris, Palazzo Meucci – Milano 3, 20079 Basiglio (MI). Per l'esercizio dei diritti previsti dal punto 8 è sufficiente rivolgersi al suddetto Titolare all'indirizzo e-mail: ufficio.privacy@mediolanum.it o al fax numero 02 90493433. Il Responsabile per la protezione dei dati della predetta Compagnia è il soggetto preposto a tale funzione, che può essere contattato inviando una comunicazione all'indirizzo: Via Ennio Doris, Palazzo Meucci – Milano 3, 20079 Basiglio (MI) o all'indirizzo e-mail: dpo@mediolanum.it La lista aggiornata con i dati e le informazioni per contattare il Titolare di cui sopra potranno essere richieste all'indirizzo e-mail: ufficio.privacy@mediolanum.it.

Facsimile