



PRC8F26C0000000000

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

Mediolanum Life Protection

Modulo di Proposta di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a premio unico

Numero Questionario _____

Data ultimo aggiornamento: 19/06/2026

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ Numero di Proposta Mutuo _____

Agevolazioni

CODICE AGEVOLAZIONE _____

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

Contraente/Assicurando

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale/Partita Iva (obbligatorio) _____

Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

fac-simile

Indirizzo di Contratto (da compilare solo se diverso da quello di domicilio o, in mancanza, di residenza)

Presso _____

Indirizzo – via/piazza e numero civico _____

CAP _____ Località (Comune) _____ Provincia _____ Nazione _____

Beneficiari in caso di decesso

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 della Persona assicurata, 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/dei 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, 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) _____

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) _____

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) _____

fac-simile

Beneficiario Persona Giuridica

4) **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/i

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 _____

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) _____

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) _____

fac-simile

026 **Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi⁽²⁾ della Persona assicurata**

027 **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi⁽²⁾ della Persona assicurata**

Beneficiari appartenenti ad una delle seguenti classi/categorie⁽³⁾:

032 **Nipoti in linea retta**

033 **Figli**

034 **Fratelli e Sorelle**

035 **Genitori**

* Da inserire qualora sia già cliente.

** In caso non venisse indicata alcuna percentuale, la prestazione è 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).

⁽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 della Persona assicurata, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nati successivamente alla presente sottoscrizione. La prestazione è erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.

Referente Terzo

Il sottoscritto Contraente chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di decesso la Compagnia faccia 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 sono acquisiti e trattati esclusivamente per le finalità indicate nel contratto e secondo gli obblighi stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente.

Condizioni per la validità della polizza

La validità della Polizza dipende da 2 condizioni:

- la valutazione positiva, da parte della Compagnia, delle informazioni sullo stato di salute, attività professionale e sportiva nonché stile di vita e abitudini del Contraente/Assicurando, e l'incasso del premio;
- l'erogazione del Mutuo da parte di Banca Mediolanum.

Esclusione del periodo di carenza

Il sottoscritto Contraente chiede l'esclusione del periodo di carenza di 6 mesi, come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, ed è consapevole della necessità di sottoporsi a una visita medica.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Caratteristiche della polizza e premio

Età Contraente/Assicurando _____ anni Fumatore Non fumatore

Durata polizza _____ anni (coincide con la durata originaria del mutuo)

Importo Capitale Assicurato Iniziale € _____

Premio di Polizza Lordo € _____

Il Premio di Polizza

Il Premio di Polizza lordo è determinato in funzione del capitale assicurato e della durata del mutuo, oltre all'età, allo stato di salute, alle abitudini di vita, all'attività professionale e sportiva svolta nonché dallo status di fumatore/non fumatore del Contraente/Assicurando, come contrattualmente previsto.

Come Pagare il Premio di Polizza

Il Premio di Polizza lordo è unico, cioè viene pagato una sola volta **all'atto dell'erogazione del mutuo mediante bonifico bancario intestato a Mediolanum Vita S.p.A., attraverso Banca Mediolanum.**

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

Resta inteso che, se cambiano i dati sopra elencati (capitale assicurato, durata del finanziamento, età, stato di salute, ecc.), l'importo del premio e/o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche.

In caso di variazioni, l'importo del Premio dovuto sarà comunicato al Contraente/Assicurando.

Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva (Sezione da compilare per capitali assicurati fino a € 200.000)

L'assicurando dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo UE 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali, in particolare di quelli relativi alla salute, necessari per la stipula della polizza, nonché per la successiva fase di gestione ed esecuzione contrattuale e per i quali è richiesta una manifestazione esplicita di consenso.

Il consenso al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari si intende prestato con esclusione delle informazioni relative a patologie oncologiche per le quali l'interessato abbia maturato il diritto all'oblio ai sensi della normativa vigente.

Firma dell'Assicurando o di chi ne esercita la rappresentanza _____

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 Numero 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurando non è più tenuto a dichiarare informazioni o subire indagini – ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari – relative a patologie oncologiche dalle quali è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo (cioè la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico) si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, oppure 5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti.

Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento attivo per i seguenti tipi di tumore.

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

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

Se la Compagnia è in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurando può esercitare il diritto all'oblio oncologico presentando un'apposita istanza a: una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, un medico dipendente del SSN nella disciplina relativa alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio, il proprio medico di medicina generale o ancora un pediatra di libera scelta.

La certificazione viene rilasciata senza costi entro 30 giorni dalla richiesta e deve essere inviata alla Compagnia mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata).

In questo caso, la Compagnia non potrà più utilizzare le informazioni per determinare le condizioni contrattuali e procede alla loro cancellazione entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione.

Ai fini della presente copertura assicurativa, il Contraente/Assicurando deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione a:

1. STATO DI SALUTE

– è mai stato ricoverato in ospedale o casa di cura negli ultimi cinque anni (salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, emorroidectomia, colecistectomia non dovuta a neoplasia, varici agli arti inferiori, meniscectomia, adeno-tonsillectomia, chirurgia estetica, parto) NO SI

– Soffre o ha mai sofferto di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| tumori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ipertensione | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| angine pectoris, infarto miocardico, ictus | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| attacco ischemico transitorio | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| epatite | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| diabete | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie renali e genitourinarie | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie neurologiche | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato muscoloscheletrico | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| infezione da HIV | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie del sangue | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato digerente | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie della tiroide | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| paralisi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| altro _____ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

– è in attesa di ricovero o ha in previsione, nei prossimi sei mesi, di sottoporsi ad esami clinici o di consultare un medico specialista in relazione a malattie di cui al punto precedente NO SI

– si è mai sottoposto/a negli ultimi 12 mesi a terapie farmacologiche regolari e continuative per il trattamento delle patologie e/o disturbi indicati al punto precedente NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo allegare: certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario; nel caso si sia verificato un ricovero, allegare la cartella clinica.

Firma del Contraente/Assicurando _____

2. ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività professionale svolta: _____

Il Contraente/Assicurando dichiara:

– di svolgere un'attività professionale che lo espone a particolari rischi (esempio contatto con veleni, esplosivi, radiazioni, sostanze infiammabili,

attività manuali svolte ad altezze oltre 10 metri, attività svolte sott'acqua o su piattaforme petrolifere, addetti alla demolizione, guida di mezzi pesanti, piloti di velivoli in genere, circensi, controfigure cinematografiche, minatori, scavatori di gallerie o tunnel, guardie del corpo, Forze Armate e Forze dell'Ordine, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento (box, savate, lotta) e sport estremi in genere) NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare apposita dichiarazione attestante il proprio status professionale, la professione eventualmente svolta e contenente la descrizione dettagliata dei rischi ad essa connessi.

Firma del Contraente/Assicurando _____

3. ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività sportiva/e praticata/e: _____

Il Contraente/Assicurando dichiara:

- di svolgere un'attività sportiva che lo espone a particolari rischi (esempio: attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento (box, savate, lotta) e sport estremi in genere) NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare apposita dichiarazione attestante la tipologia di attività sportiva praticata e contenente la descrizione dettagliata dei rischi ad essa connessi.

Firma del Contraente/Assicurando _____

4. ALTRE DICHIARAZIONI

Il Contraente/Assicurando dichiara:

- che in passato gli è stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita NO SI
- di percepire una pensione di invalidità ovvero di aver presentato domanda per ottenerla NO SI

Firma del Contraente/Assicurando _____

Il Contraente/Assicurando:

- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano e
- conferisce mandato irrevocabile ai sensi dell'articolo 1723 comma 2 del Codice Civile, a richiedere l'acquisizione di copia di eventuali documenti che le riportino, oltre che di cartelle cliniche di degenza e copia di accertamenti medici effettuati o eventualmente effettuati, ritenuti necessari dalla Compagnia.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Avvertenza:

le dichiarazioni non vere, corrette e complete rese dal Contraente/Assicurando richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto a ricevere il Capitale assicurato. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

AVVERTENZA:

solo nel caso di Capitale assicurato superiore a € 200.000 e/o nel caso di età superiore ai 60 anni, il Contraente allegnerà, secondo le casistiche riportate all'interno delle Condizioni di Assicurazione, il Questionario Anamnestico o il Rapporto di visita medica debitamente compilato.

Dichiarazioni e firme

Il Sottoscritto Contraente/Assicurando:

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/Assicurando dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, il Set Informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale 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/Assicurando 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 (esempio 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/Assicurando 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).

Firma del Contraente/Assicurando _____

Il Contraente/Assicurando dichiara:

- di aver versato o dato incarico a Banca Mediolanum di versare il premio sopra riportato a titolo di rata lorda di perfezionamento del contratto che si ritiene concluso il giorno di incasso del suddetto premio da parte della Compagnia;
- di essere a conoscenza e di prendere atto che a partire dal giorno in cui il contratto è concluso può esercitare la propria facoltà di recedere dallo stesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza, che sarà comunicata dalla Compagnia nel Documento di Polizza. In questo caso il premio versato – al netto della eventuale quota del premio relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto – sarà rimborsato e potrà, in tutto o in parte, essere utilizzato per ridurre il debito residuo del finanziamento;
- di essere a conoscenza di poter esercitare la revoca della proposta secondo quanto indicato all'articolo 18 delle Condizioni di Assicurazione;
- dichiara 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/Assicurando che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

In relazione alle dichiarazioni rilasciate nel Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva precedentemente fornite e alle dichiarazioni rilasciate nel Questionario Anamnestico allegato, 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, il Contraente/Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con i relativi costi a suo esclusivo carico.**
- d) **il Contraente/Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari per ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso è stato affetto in precedenza e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge numero 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi (c.d. diritto all'oblio oncologico).**

Firma del Contraente/Assicurando _____

Condizioni da approvare in modo specifico

Il Contraente/Assicurando 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 2 – Chi può essere assicurato con Mediolanum Life Protection; articolo 4 – Garanzia Decesso; articolo 5 – Chi non può essere assicurato con Mediolanum Life Protection; articolo 6 – Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga il Capitale Assicurato (periodi di carenza); articolo 8 – Casi in cui non si ha diritto a ricevere il Capitale Assicurato (le esclusioni); articolo 10 – Modifica dell'attività professionale o sportiva e dello stato di fumatore della Persona assicurata; articolo 11 – Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro); articolo 16 – Quanto dura la Polizza e da quando non si è più assicurati; articolo 17 – Rimborso anticipato o trasferimento del mutuo; articolo 17.1. – Rimborso anticipato di una parte del mutuo (estinzione anticipata parziale); articolo 17.2. – Rimborso anticipato dell'intero mutuo (estinzione anticipata totale).

Firma del Contraente/Assicurando _____

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

- Scopo del rapporto: Protezione

Il Contraente, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in fondo al presente modulo, dichiara:

- che la propria eventuale qualifica di persona esposta politicamente o di soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel prosieguo del 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;
- che il/i BENEFICIARIO/I della prestazione assicurativa (ovvero il titolare effettivo del beneficiario, qualora quest'ultimo sia una persona non fisica) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica* NON è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel prosieguo del presente Modulo). In caso contrario, dichiara che il/i beneficiario/i (ovvero il suo titolare effettivo) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica* è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente per la seguente motivazione:

Motivazione 1° Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 2° Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 3° Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

Inoltre, in qualità di Contraente/Assicurando del presente contratto dichiara:

- consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (articolo 55, commi 2 e 3, Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), di aver fornito tutte le informazioni necessarie e aggiornate, anche con riferimento all'eventuale titolare effettivo (confronta articolo 20 del Decreto Legislativo 231/2007, articolo 2 e successive modifiche e integrazioni), per consentire alla società di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisce che le stesse sono esatte e veritiere, e si impegna a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (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/Assicurando la data di decorrenza del contratto all'interno del Documento di Polizza;
- 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 spettanza del Contraente mediante bonifico sul conto dal quale l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto dallo stesso specificato (aperto a proprio 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.

* Per i Beneficiari designati in forma generica (compresi anche quelli appartenenti ad una classe/categoria) indicare Cognome, Nome, Data di nascita e Luogo di nascita.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Firma della proposta

Firma del Contraente/Assicurando _____

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 Credit Specialist, con relativa firma)

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

Codice _____ Codice Area _____ Firma _____

Cognome e Nome del Credit Specialist _____

Codice _____ Firma _____

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

Cognome e Nome _____ Codice _____

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.