Mediolanum Vita S.p.A. – Sede Legale: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) – Telefono +39 02 9049.1 – Capitale sociale euro 207.720.000 interamente versato – Codice Fiscale – Iscrizione Registro Imprese di Milano numero 01749470157 Partita 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

PR93I26C0000000000

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

Informazioni sulle richieste ed esigenze del Cliente

Prospetto di Consulenza Assicurativa Numero Questionario _____ Data Questionario _____

SelfyCare LifeProject

Modulo di Proposta di Polizza di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a capitale decrescente

Data ultimo aggiornamento: 25/09/2026

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ proposta numero _____

Dati Anagrafici

fac-simile

Contraente/Assicurando

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____ Codice Cliente _____

Agevolazioni

❑ **Agevolazione Tipo** _____ Descrizione* _____

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

Beneficiari in caso di decesso

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici, incluso il codice fiscale, e dei recapiti del/i Beneficiario/i di seguito designato/i, 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/i Beneficiario/i 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)

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

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]:

032 **Nipoti in linea retta**

033 **Figli**

034 **Fratelli e Sorelle**

035 **Genitori**

* Da inserire qualora sia già cliente.
** In caso non venisse indicata alcuna percentuale, la prestazione sarà erogata in parti uguali ai beneficiari designati.
(1) Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) 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 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/Assicurando chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di suo 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 _____

fac-simile

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.

Da quando si è assicurati

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

Caratteristiche della polizza e premio

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

Formula	Capitale assicurato iniziale*	Durata polizza in anni
❑ Formula 7	€ 70.000	7
❑ Formula 10	€ 100.000	10
❑ Formula 15	€ 150.000	15

* Il capitale assicurato diminuisce di anno in anno da un importo iniziale, che il Contraente sceglie tra una delle 3 formule predefinite (minimo 70.000 € – massimo 150.000 €), a un importo finale che deriva dall'applicazione della regola di diminuzione definita nelle Condizioni di Assicurazione.

Premio annuale lordo: € _____

Rateazione del premio alla firma e delle annualità successive (per il numero di anni previsto dalle condizioni di assicurazione):

_____ (indicare a scelta tra: Annuale, Semestrale, Trimestrale, Mensile o Mensile con pagamento delle prime 12 rate in unica soluzione)

Premio alla firma: € _____

Questionario Sanitario

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.

fac-simile

Ai fini della presente copertura assicurativa, il Contraente deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande:

- Fa uso regolare e continuo di farmaci (ad eccezione di antipertensivi e/o statine) per patologie di natura cardiaca o di diabete? ❑ Sì ❑ No
- Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato per più di 5 giorni consecutivi in case di cura o ospedali (ad esclusione di interventi di natura ortopedica, appendicectomia e parto)? ❑ Sì ❑ No
- Ha sofferto di malattie tumorali-neoplastiche (negli ultimi 10 anni) o di infarti o di ictus (negli ultimi 5 anni)? ❑ Sì ❑ No
- Le è stato suggerito da un medico di sottoporsi ad accertamenti specialistici per patologie di natura tumorale neoplastica o cardiaca? ❑ Sì ❑ No

Il Contraente inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia;
- **dichiara di aver verificato che le risposte fornite alle domande sopra riportate sono corrette ed è consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti da lui rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;**
- dichiara di liberare 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 riguardino;
- conferisce mandato irrevocabile ai sensi dell'articolo 1723 comma 2 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 eventualmente effettuati, ritenuti necessari dalla Compagnia.

Luogo e Data _____

Firma del Contraente _____

La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti all'Intermediario

Come pagare il premio di polizza

Il sottoscritto contraente, in quanto intestatario o cointestatario del conto corrente IBAN _____ aperto presso Banca Mediolanum, Vi autorizza:

– a richiedere, da tale conto, il trasferimento dell'importo pari al premio da pagare alla firma sopra indicato, relativo alla polizza, a favore di Mediolanum Vita S.p.A.;

– ad attivare sul medesimo conto corrente una disposizione permanente di addebito SDD (per il pagamento dei premi successivi al 1° versamento) addebitando sullo stesso, nella data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice, tutti gli addebiti diretti (a mezzo Sepa Direct Debit – SDD) inviati dalla stessa Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate di tale Azienda – **Creditor ID IT44003000000017494701 57** – (o aggiornate ad iniziativa dell'Azienda), a condizione che, al momento del pagamento, ci siano soldi sufficienti sul conto per pagarli e che non ci siano ragioni che impediscano l'utilizzo del conto e senza necessità da parte della Banca di inviarmi la contabile di addebito. Il sottoscrittore è consapevole di avere il diritto di ottenere dalla Banca il rimborso degli addebiti, nel rispetto dei termini e delle condizioni che regolano il rapporto di conto corrente con la stessa. Se ci sono i presupposti, può chiedere il rimborso dell'addebito autorizzato entro massimo 8 settimane dalla data in cui il conto è stato addebitato. Può inoltre revocare questa autorizzazione di addebito in ogni momento, senza penalità e senza spese. I diritti del sottoscrittore sono riportati nel contratto che regolano il rapporto di conto corrente e servizi connessi con la Banca, a cui deve fare riferimento.

Firma del Contraente _____

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'apposita informativa dichiara:

- che la propria eventuale qualifica di Persona Esposta Politicamente o di soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente è resa nota alla società attraverso la compilazione della "Scheda anagrafica e modulo di adeguata verifica", messa a disposizione dal soggetto Distributore.
- che il/i BENEFICIARIO/I della prestazione assicurativa designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica* NON è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente. 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:

fac-simile

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 _____

- Inoltre il sottoscritto, in qualità di Contraente 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 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 (confronta articolo 20 del Decreto Legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), per consentire alla società di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. 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 ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia in ogni caso comunicherà al Contraente la data di decorrenza del contratto all'interno del Documento di Polizza;

– 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 propria spettanza mediante bonifico sul conto dal quale l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto specificato dal Contraente (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.

Firma del Contraente _____

* 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.

Come ricevere le comunicazioni

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

AVVERTENZA: Se manca un indirizzo e-mail valido, la Compagnia invierà le comunicazioni via posta al suo indirizzo di residenza o di domicilio.

A tal fine:

– dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di sicurezza necessari (come antivirus, anti malware, ecc.) per l'uso dei miei dispositivi (pc, Tablet, smartphone ecc.) con cui accede al servizio Home Insurance, impegnandosi a mantenerli sempre aggiornati. Si assume quindi ogni responsabilità per tutti i danni che potrebbe subire per il loro uso o per l'impossibilità di accedervi (ad esempio in caso di problemi sulla rete internet o di smarrimento delle credenziali);
– è consapevole in ogni caso che, indipendentemente dalla richiesta di ricevere le comunicazioni tramite la rete internet, la Compagnia potrà decidere di inviare in alcuni casi le comunicazioni via posta;
– si impegna in ogni caso a accedere in maniera periodica alla propria area riservata del sito per verificare se la Compagnia ha inviato nuove comunicazioni. Infatti, è consapevole che quando vengono inviate, queste si considerano sempre ricevute e conosciute in automatico per tutte le finalità previste dalla legge e, anche se non dovesse ricevere la notifica, non potrà sostenere di non averlo saputo.

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

Firma del Contraente _____

fac simile

Dichiarazioni e Firme

Il Sottoscritto 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 alla polizza SelfyCare LifeProject vengano consegnati in formato file elettronico PDF, archiviabili su supporto elettronico durevole;
– **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.**

È inoltre informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento copia anche cartacea dei documenti sopra menzionati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il documento contenente le "Informazioni sui requisiti di accessibilità", pubblicato nella versione tempo per tempo aggiornata sul sito www.mediolanumvita.it, e di essere consapevole che qualora la documentazione informativa precontrattuale o contrattuale di interesse che compone il Set Informativo presente sui canali digitali del Soggetto Distributore e della Compagnia (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 dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito

della Compagnia www.mediolanumvita.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance). È altresì consapevole che nell'ambito del predetto servizio, la Compagnia rende disponibili le comunicazioni in corso di contratto in modalità telematica, anche in assenza di specifica richiesta di dematerializzazione, per pronta consultazione e archiviazione delle stesse.

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

Firma del Contraente _____

Il Contraente dichiara:

- di aver versato o dato incarico a Banca Mediolanum l'importo sopra riportato quale premio alla firma. È consapevole di poter revocare la presente proposta finchè il contratto non sarà concluso, e cioè fino a quando la Compagnia comunica per iscritto di aver accettato la proposta e quindi di aver attivato la Polizza dopo aver incassato il Premio. Anche dopo la conclusione del contratto, avrà la facoltà di recedere entro 30 giorni di calendario dalla stessa come previsto dal Codice del Consumo, inviando una comunicazione scritta a Mediolanum Vita S.p.A. – Palazzo Meucci Via Ennio Doris, 20079 Basiglio – Milano 3, una PEC firmata digitalmente all'indirizzo mediolanumvita@pec.mediolanum.it oppure utilizzando l'apposita funzionalità on-line messa a disposizione da Banca Mediolanum. A seguito del recesso la Compagnia restituisce entro 30 giorni di calendario l'intero premio versato. Il recesso non può essere esercitato se nel frattempo è stato chiesto il pagamento del capitale assicurato per sinistro;
- di aver ricevuto e preso attenta visione del documento «Informazioni relative al contratto a distanza»;
- di essere consapevole che la copertura assicurativa entra in vigore dal giorno di incasso del premio iniziale alle ore 24.00 del giorno di conclusione del contratto a condizione che, entro tale termine, la Compagnia avrà acquisito la disponibilità del Premio. In caso contrario, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data in cui tale condizione si realizzerà;
- che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, è a lui stesso intestato;
- 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 chiude il Contratto e comunica al Contraente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

fac-simile

Firma del Contraente _____

Condizioni da approvare in modo specifico

Il Contraente dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: articolo 1 – Che polizza è Selfycare Lifeproject e cosa protegge; articolo 2 – Chi può essere assicurato con Selfycare Lifeproject; articolo 4 – Garanzia prevista e somma che viene pagata (il capitale assicurato); 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 riceve il Capitale assicurato (le esclusioni); articolo 10 – Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro); articolo 12.1 – Cosa succede se non viene pagato il premio.

Firma del Contraente _____

Firma della Proposta

Firma del Contraente/Assicurando _____

Spazio riservato ai soggetti incaricati della distribuzione

_____ Codice _____

Dati del Family Banker a cui il Contraente è eventualmente abbinato:

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.

fac-simile