



## Proposta di 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: 30 giugno 2023

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, 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

# FAC-SIMILE

Dati Anagrafici

Contratante e Assicurato

Cognome

Nome

Codice Fiscale (obbligatorio)

Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente)

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

Presso

Via / piazza

Indirizzo

Numero civico

C.a.p.

Località (Comune)

Prov.

Naz.

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

\* 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 (es. provvedimento giudice tutelare).

Cognome

Nome

Codice Fiscale (obbligatorio)

Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente)

### Scopo del rapporto

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

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

## Beneficiari

**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 coincidente con il Contraente, 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. NB. I dati personali saranno acquisiti e trattati esclusivamente per le finalità indicate nel contratto e secondo gli obblighi stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente. In caso di discordanza dei dati presenti presso la Compagnia o il Soggetto Distributore relativi alla residenza e/o ai recapiti (telefono/e-mail), i dati forniti direttamente dal soggetto Beneficiario prevarranno rispetto a quelli indicati dal Contraente/Assicurato 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  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

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

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

#### Luogo di Nascita

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

#### Residenza

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

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

#### Recapito Telefonico

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(0)</sup>: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

#### Luogo di Nascita

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

#### Residenza

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

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

#### Recapito Telefonico

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(0)</sup>: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

#### Luogo di Nascita

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

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

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

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

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

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

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

 Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_%

Numero iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Data iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Prov. iscr \_\_\_\_\_

**Sede Legale**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

 Fisso  Cellulare

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

Titolare effettivo 1 \_\_\_\_\_

Titolare effettivo 1 Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

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

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

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

 Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

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

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ Percentuale\*\* \_\_\_\_\_%

Numero iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Data iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_ Prov. iscr \_\_\_\_\_

**Sede Legale**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

**Dati Anagrafici Titolare/i Effettivo/i**

Titolare effettivo I Già Cliente  SI  NO Codice Cliente\* \_\_\_\_\_

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

Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Luogo di nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo I e il Contraente/Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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





**Modalità di pagamento del Premio unico o Premio iniziale**

**Bonifico bancario da Banca Mediolanum**

Io Contraente/Assicurato in quanto intestatario del seguente c/c aperto presso Banca Mediolanum, 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 n. \_\_\_\_\_

**Bonifico bancario da altra Banca:** vedasi contabile allegata.\*

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

Assegno Banca Mediolanum

| Tipo     | Importo | Numero | Data Emissione |
|----------|---------|--------|----------------|
| Bancario |         |        |                |

Assegno altra Banca

| Tipo     | Importo | Numero | ABI/CAB | Data Emissione |
|----------|---------|--------|---------|----------------|
| Bancario |         |        |         |                |

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

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

**Piano dei Premi Programmati**

**Disposizione Permanente SDD Finanziario di addebito in conto corrente** per l'alimentazione del Programma di Accumulazione (PAC)

Il sottoscritto, in quanto intestatario, cointestatario del conto corrente sotto indicato, autorizza la propria Banca ad addebitare sul predetto conto corrente, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di pagamento disposti a seguito di mandato o delega permanente di addebito sul conto corrente a mezzo Sepa Direct Debit - SDD finanziario inviati dall'Azienda Creditrice e contrassegnati con le coordinate relative all'Azienda Creditrice sotto riportate (o aggiornate d'iniziativa dall'Azienda Creditrice), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per l'Azienda Creditrice di inviare la comunicazione di preavviso in quanto l'addebito avverrà in conformità a quanto indicato dal sottoscritto nel presente modulo e per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscritto presta anche che per (i) le operazioni di pagamento collegate all'amministrazione di strumenti finanziari che ricadono nei presupposti dell'art. 2, lett. i del D.Lgs. 11/2010 ha diritto di revocare il singolo addebito diretto SDD finanziario fino al giorno stesso del addebito (o data prorogata del creditore); (ii) il servizio SDD finanziario non prevede il diritto per il Sottoscritto di chiedere il rimborso dopo l'esecuzione dell'operazione, se autorizzata. Le parti hanno facoltà di recedere in ogni momento al presente accordo di pagamento, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente. Il presente accordo di pagamento, in mancanza di altro rapporto, si fonda e si dà mediante comunicazione. Il Sottoscritto prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto tra le parti, o comunque rese pubbliche dalla Banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le norme del contratto di conto corrente di cui il presente accordo fa parte integrante.

**Creditor ID di Mediolanum Vita S.p.A. IT44HO10000001749470157**

**Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare**

**Conto Corrente a me intestato**

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

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

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

**Conto Corrente\* intestato a (da compilare nel caso in cui il Sottoscrittore non sia intestatario o cointestatario del conto corrente di addebito. Allegare il modulo di autorizzazione del terzo pagatore e adeguata verifica):**

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

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

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

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

Relazione esistente con il Contraente e Assicurato<sup>(1)</sup>:

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

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

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

*[Firma]* Firma Sottoscrittore SDD Finanziario

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

(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).

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

## 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](http://www.bmedonline.it) - per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. - o dei siti [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it) e [www.gruppoassicurativomediolanum.it](http://www.gruppoassicurativomediolanum.it) in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.

All'indirizzo e-mail 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 duratura 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 di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonché per ragioni cautelari;
- 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 (es. pen-drive), laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all'indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato).

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

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale

Informazioni in base al D.Lgs. 231/2007 e successivi modificati ed integrazioni

- Scopo del rapporto:  Risparmio  Investimento

- 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 8° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

\_\_\_\_\_

Motivazione 8° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

\_\_\_\_\_

Motivazione 8° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

\_\_\_\_\_

- Inoltre, in qualità di Contraente/Assicurato del presente contratto di assicurazione dichiaro:
- consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (art. 55 e ss. del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), di confermare i dati e le informazioni riportati nell'ultimo aggiornamento della "Scheda anagrafica e modulo per l'adeguata verifica della clientela" di Banca Mediolanum S.p.A. e di aver fornito tutte le informazioni necessarie e aggiornate, anche con riferimento al beneficiario della prestazione assicurativa o al titolare effettivo (cfr. art. 20 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisco che le stesse sono esatte e veritiere, e mi impegno a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (cfr. art. 22, D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
  - di essere consapevole che l'efficacia del contratto è condizionata, anche successivamente al perfezionamento dello stesso, allo svolgimento da parte della Compagnia dell'adeguata verifica della clientela e del Terzo Pagatore, qualora presente, ai sensi della vigente normativa in materia di anticirclaggio, 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 abbinato 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), D.Lgs. 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 (art. 42, D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
  - di essere consapevole che le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" potranno essere comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ai sensi dell'art. 39 comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

Il Contraente e Assicurato/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 Firma

Prendo atto che, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato, coincidente con il Contraente, Mediolanum Vita S.p.A. corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto un capitale pari al 101% del controvalore complessivo delle quote/azioni dei Fondi (OICR e/o Fondi Interni) riferite al contratto.

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente Proposta, accetto di sottoscrivere il Contratto di assicurazione sulla vita di tipo unit linked a vita intera relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato "Mediolanum Personal PIR" e chiedo contestualmente la costituzione di un Piano Individuale di Risparmio (PIR) ai sensi della Legge 11 dicembre 2016 n. 232 (c.d. Legge di Bilancio 2017), come tempo per tempo modificata, beneficiando dell'agevolazione fiscale ivi prevista mediante la destinazione di quanto investito nel Contratto. 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.

Ai fini di quanto sopra, dichiaro specificatamente:

- di essere titolare di un unico Piano Individuale di Risparmio a lungo termine nell'ambito del quale è riconducibile il presente investimento;
- di essere consapevole che le quote/azioni dei Fondi (OICR e/o Fondi Interni) abbinati alla polizza, in cui è investito il PIR devono essere detenute per almeno 5 anni, decorrenti dalla data di valuta riconosciuta dalla Compagnia ai mezzi di pagamento mediante i quali viene versato il premio. In caso di disinvestimento di tali quote/azioni prima dei 5 anni, i redditi realizzati attraverso il disinvestimento saranno soggetti alla fiscalità secondo le regole ordinarie, tempo per tempo vigenti;
- di essere fiscalmente residente in Italia e di essere consapevole che la variazione di residenza fiscale fa venir meno i benefici fiscali propri di un Piano Individuale di Risparmio.

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Prendo atto che, ai sensi del D.Lgs. 7 dicembre 2005 n. 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'art. 67-duodecies comma 2, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penalità entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta). Il detto termine sarà, dunque, comunicabile e il recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R alla Compagnia, via Enrico D'Orsi - 20079 Bergamo - Milano 3 (MI). Preso atto che, in ogni caso, richiedo l'avvio dell'esecuzione del contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies comma 2, del Codice del Consumo, la Compagnia avrà a tutti i casi a trattenere le frazioni di premio relative al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto 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/Assicurato al Soggetto Distributore, non è prevista la possibilità di revoca della Proposta.

Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente/Assicurato di richiedere, contestualmente alla sottoscrizione del Contratto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 30 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso.

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente/Assicurato:

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

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 es. Pendrive, Cd-Rom, Dvd, ecc.). Sono 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.

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 nonché del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (c.d. DIP aggiuntivo IBIP), e di aver ricevuto gratuitamente, letto ed accettato in ogni parte in tempo utile, prima della sottoscrizione della presente proposta di polizza, copia dei predetti documenti unitamente alle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento del Fondo Interni. Dichiara altresì di essere consapevole che i KID delle ulteriori opzioni di investimento sottoscrivibili sono disponibili sul sito [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it) 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'art. 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 inoltre di aver ricevuto, letto e interamente accettato le "CONDIZIONI CONTRATTUALI relative ai servizi di investimento" disponibili

nell'edizione aggiornata delle "Norme di Banca Mediolanum" e sul sito [www.bancamediolanum.it](http://www.bancamediolanum.it) con particolare riferimento alla prestazione dei servizi di investimento e quelli accessori.

Dichiara di aver ricevuto 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" disponibili anche nell'edizione aggiornata delle "Norme di Banca Mediolanum" e sul sito [www.bancamediolanum.it](http://www.bancamediolanum.it).

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 è informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia [www.mediolanumvita.it](http://www.mediolanumvita.it), le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione 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.

Il sottoscritto prende atto che, ai sensi dell'art. 13 della Tariffa allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, l'imposta di bollo applicata alle comunicazioni periodiche e alle operazioni di riscatto totale e parziale o in caso di sinistro 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 n. 95 - adeguata verifica fiscale ai fini dello scambio automatico delle informazioni finanziarie in applicazione dell'Accordo Multilaterale c.d. Common Reporting Standard ("CRS") ed ai fini dell'Accordo Intergovernativo stipulato dall'Italia e gli Stati Uniti in materia di FATCA, ratificato con la Legge 18 giugno 2015, n. 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/Assicurato è fiscalmente residente (o presunto tale) qualora tali Paesi (o le autorità fiscali di tali Paesi) aderiscano al FATCA o CRS.

Il sottoscritto è stato informato e prende atto che in data 25 giugno 2018 è entrata in vigore la Direttiva UE 2018/822 - c.d. Direttiva DAC6, recepita in Italia con il D.Lgs. n. 100 del 30 luglio 2020 e in vigore dal 26 agosto 2020 - concernente lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone alla Compagnia di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente 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/Assicurato dichiara che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, è attualmente 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.

Prende atto 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, nonché (iii) alla sussistenza dei requisiti richiesti dalla Legge n. 232/2016, come tempo per tempo modificata.

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, nonché, 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.

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: l'art. 3 (Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato), l'art. 5 (Investimento del Premio e attribuzione delle quote dei Fondi), l'art. 6 (Modifica della ripartizione dell'investimento da parte del Contraente, c.d. switch), l'art. 8 (Attività di Salvaguardia e di Monitoraggio), l'art. 9 (Rischi esclusi), l'art. 10 (Esclusioni e limitazioni), l'art. 11 (Documentazione richiesta per i pagamenti), l'art. 12 (Pagamenti da parte della Compagnia), l'art. 14 (Conclusione del Contratto), l'art. 15 (Decorrenza del Contratto e della copertura assicurativa), l'art. 17 (Diritto di recesso), l'art. 18 (Riscatto totale), l'art. 19 (Riscatto parziale), l'art. 20 (Costi e oneri collegati al Contratto).

Il Contraente e Assicurato/Rappresentante legale \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_

**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

##### Art. 22 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

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, all'occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.  
Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private iscritte nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2308 del codice civile, sono reperibili tra gli amministratori, ritenute al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal tipo dei dati dalle comunicazioni relative all'asset proprietario o controllato, e, in particolare, tenuto conto delle disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Quando per i soggetti in ordine alla titolarità effettiva non sono state 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, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiedendole 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, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché 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.

#### Sanzioni

##### Art. 55, comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

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

##### Art. 42 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

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 né verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

| Mezzo di pagamento   | Valuta riconosciuta  | Giorno di riferimento <sup>(*)</sup>  |
|--|--|---|
| Assegni bancari  | 2 giorni lavorativi dal versamento effettuato da Mediolanum Vita (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 (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 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 |
| Autorizzazione permanente di addebito SDD finanziario in conto corrente bancario | Il 5 o 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 ha sia la disponibilità del Premio che la conoscenza della relativa causale.

# FAC-SIMILE