



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 _____

Proposta di Polizza di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a Capitale Decrescente

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2023

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ proposta n. _____

Dati Anagrafici

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 dell'Assicurato

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 dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i; la modifica o la revoca di quest'ultimo/i deve essere comunicata alla Compagnia. Ai fini della normativa antiriciclaggio in vigore, la mancata indicazione delle informazioni relative al luogo e alla data di nascita del/i Beneficiario/i 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 nel presente modulo.

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/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 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/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 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/Assicurando⁽¹⁾:

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

_____ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

026 Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi⁽²⁾ dell'Assicurato

027 Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi⁽²⁾ dell'Assicurato

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

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'art. 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 nati successivamente 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) _____ Prov. _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

E-mail (facoltativa) _____

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.

Caratteristiche Contrattuali

Età assicurando _____ anni

Formula	Capitale assicurato iniziale*	Durata polizza in anni
<input type="checkbox"/> Formula 7	€ 70.000	7
<input type="checkbox"/> Formula 10	€ 100.000	10
<input type="checkbox"/> Formula 15	€ 150.000	15

* Il capitale assicurato decresce annualmente da un importo iniziale, scelto dal Contraente all'interno delle formule predefinite (min 70.000 € – max 150.000 €), ad un importo finale derivante dall'applicazione della regola di decrescenza contrattualmente definita.

Premio annuo lordo: € _____

Rateazione del premio di perfezionamento e delle annualità successive (per il numero contrattualmente previsto):

_____ (indicare alternativamente Annuale, Semestrale, Trimestrale, Mensile o Mensile con pagamento delle prime 12 rate in unica soluzione)

Premio di perfezionamento: € _____

Questionario Sanitario

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? SI 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)? SI NO
- Ha sofferto di malattie tumorali-neoplastiche (negli ultimi 10 anni) o di infarti o di Ictus (negli ultimi 5 anni)? SI NO
- Le è stato suggerito da un medico di sottoporsi ad accertamenti specialistici per patologie di natura tumorale neoplastica o cardiaca? SI 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;
- è consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti da lui rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- 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;
- conferisce mandato irrevocabile ai sensi dell'art. 1723 comma 2 c.c., 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**

MODALITÀ DI PAGAMENTO PREMIO

Io contraente, in quanto intestatario o cointestatario del c/c IBAN _____ aperto presso Banca Mediolanum, Vi autorizzo:

- a richiedere, da tale conto, il trasferimento dell'importo riferito al premio iniziale indicato, relativo alla polizza, a favore di Mediolanum Vita S.p.A.;
- ad attivare sul medesimo c/c 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 IT440030000001749470157** - (o aggiornate ad iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano sul c/c da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito e senza necessità per Banca Mediolanum di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto entro il giorno lavorativo precedente la data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice e di chiedere il rimborso di un addebito diretto autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito, secondo gli accordi ed alle condizioni previsti nel contratto del conto corrente sotto indicato (di seguito "Contratto di conto corrente") che regolano il rapporto con la Banca. Il sottoscrittore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità e senza spese, dal presente accordo, mediante revoca dell'autorizzazione. Per quanto non espressamente previsto sono applicabili le norme e le condizioni indicate nel contratto di conto corrente sottoscritto tra il sottoscrittore e la Banca di cui il presente accordo forma parte integrante ovvero le condizioni comunque rese pubbliche dalla Banca stessa e tempo per tempo vigenti.

_____ Firma del Contraente

Informazioni ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni

- Scopo del rapporto: Protezione
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'apposita informativa, che la mia 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.
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'apposita informativa, 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, dichiaro 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 _____

- Inoltre, in qualità di Contraente del presente contratto dichiaro:
- consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (art. 55, commi 2 e 3, 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 (cfr. art. 20 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), per consentire alla società di adempiere agli obblighi

- di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisco che le stesse sono esatte e veritiere, e mi impegno a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (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 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 mia spettanza mediante bonifico sul conto dal quale l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto da me specificato (aperto a mio nome e detenuto presso un istituto di credito italiano) (art. 42 del 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.

 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.

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.**

Sono 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 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).

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 di versare l'importo sopra riportato a titolo di rata lorda di perfezionamento. Prende 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 penali, entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del contratto. Entro detto termine, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Palazzo Meucci - Via Ennio Doris, 20079 Basiglio - Milano 3 (MI).
Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies, comma 2, del Codice del Consumo, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.
Resta in ogni caso ferma la possibilità per il Contraente di richiedere all'atto della sottoscrizione, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del presente Contratto abbia inizio decorso il periodo di trenta giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso;
- 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. Se il Contraente non ha richiesto l'avvio dell'esecuzione del contratto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del trentunesimo giorno successivo alla data 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'art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018: (i) il documento contenente l'informativa sul distributore, (ii) l'elenco delle regole di comportamento del distributore e (iii) il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-ibip.

 Firma del Contraente

Il Contraente dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: art. 1 "Oggetto della Copertura"; art. 4 "Prestazioni Liquidabili: Decesso"; art. 6 "Beneficiari"; art. 8 "Esclusioni della Copertura"; art. 9 "Periodi di Carenza del Contratto"; art. 10 "Dichiarazioni del Contraente - Incontestabilità".

_____ /s/ Firma del Contraente

Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet

Con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa in corso di contratto, prevista dalla normativa vigente, venga effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, purché abbia comunicato alla Compagnia un indirizzo e-mail, anche mediante invio dell'apposita Scheda Anagrafica al Distributore.

Queste saranno rese disponibili dalla Compagnia attraverso il servizio Home Insurance nell'area riservata del sito internet www.bmedonline.it - per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. - o dei siti www.mediolanumvita.it e www.gruppoassicurativomediolanum.it in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.

All'indirizzo e-mail riceverò un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell'area riservata. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato.

Avvertenza: in mancanza dell'indirizzo e-mail, l'informativa sarà inviata **in formato cartaceo esclusivamente all'indirizzo di residenza o di domicilio** 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.

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.

_____ /s/ Firma del Contraente

Firma della Proposta

_____ /s/ Firma del Contraente/Assicurando

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE

_____ /s/ _____ Codice

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

_____ /s/ _____ Cognome e Nome _____ Codice

INFORMATIVA PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE (C.D. PEP) ART. 1, LETT. DD) DEL D.LGS. 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