Mediolanum Vita S.p.A. - Sede Legale: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - T +39 02 9049.1 - Capitale sociale euro 207.720.000 i.v. Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 01749470157 P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa iscritta al n. 1.00041 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Capogruppo del Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritta al n. 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

LIFE FUNDS

IA16F23C0000000000

Spettabile
MEDIOLANUM VITA S.p.A.
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

Proposta di Polizza di Assicurazione Vita di tipo Unit Linked a vita intera

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) e relativo Documento contenente le informazioni specifiche (c.d. SID) sull'/sulle opzione/i di investimento prescelta/e ai fini della presente sottoscrizione nonché dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (c.d. DIP aggiuntivo IBIP). Si precisa che i contenuti di questi documenti costituiscono complessivamente la Proposta contrattuale della Compagnia ("Proposta").

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

Dati Anagrafici

FAC-SIMILE

Contraente/Assicurando

Cognome _____ Nome _____ Persona F G

Codice Fiscale / Partita Iva (obbligatorio) _____ Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

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

Presso _____

Via / piazza _____ Indirizzo _____ Numero civico _____

C.a.p. _____ Località (Comune) _____ Prov. _____ Naz. _____

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

* In caso di persona giuridica è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica incapace di agire è il soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno. La Compagnia deve essere in possesso dei documenti in corso di validità comprovanti i poteri del rappresentante legale di sottoscrivere in nome e per conto del Contraente (es. procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale, provvedimento giudice tutelare).

Cognome _____ Nome _____

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

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

Cognome _____ Nome _____

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

Relazione con il Contraente[1]:

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

[1] Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto). Se il Contraente è una persona giuridica, indicare il tipo di relazione esistente con il Titolare Effettivo della Società Contraente.

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/o la partita IVA, e dei recapiti del/i Beneficiario/i di seguito designato/i in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i; la modifica o la revoca di quest'ultimo/i deve essere comunicata alla Compagnia. Ai fini della normativa antiriciclaggio in vigore, la mancata indicazione delle informazioni relative al luogo e alla data di nascita del/i Beneficiario/i designato/i in forma nominativa comporta l'impossibilità all'instaurazione del rapporto.

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.

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/Assicurando[1]:

_____ _____

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

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

_____ _____

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

2) **Dati Anagrafici** Già Cliente 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) _____

FAC-SIMILE

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:

_____ _____

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

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

_____ _____

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

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)

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

_____ _____

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

FAC-SIMILE

Beneficiario Persona Giuridica

4) **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 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/Assicurando[1]:

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

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

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

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/Assicurando[1]:

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

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

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

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

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

FAC-SIMILE

Referente Terzo

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

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ 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.

Piano dei premi

Per la compilazione barrare l'opzione prescelta

❑ **Premio Unico €** _____
(min. € 2.500,00)

❑ **Piano di Premi Programmati**

Dimensione del Piano _____ Premi Unitari (indicare alternativamente 120, 156 o 192)

Premio Unitario € _____
(min. € 100,00)

Premio Iniziale _____
(pari ad almeno 12 versamenti unitari)

Premi Successivi Programmati € _____
(min. € 100,00)

Rateazione dei Premi Successivi Programmati: _____
(indicare alternativamente mensile, bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale)

giorno valuta: ❑ 5 ❑ 20 a partire dal primo mese utile in funzione della rateazione opzionata

Il premio sarà addebitato il primo giorno lavorativo precedente alla data di valuta.
Per i Premi Successivi è prevista la rivalutazione annua degli importi sulla base dell'indice ISTAT del costo della vita aumentato di 3 punti percentuali.
Il Contraente dichiara di essere consapevole che ha la facoltà di modificare l'importo del singolo premio, la frequenza, sospendere e riprendere gli stessi, senza modificare la dimensione del Piano.

FAC-SIMILE

Ripartizione del Premio

	Denominazione del Fondo	% di ripartizione del Premio
❑	**Opportunity Bis**	
❑	**Sector Bis**	
❑	**Country Bis**	
❑	**Dynamic Bis**	
❑	**Balanced Bis**	
❑	**Moderate Bis**	
❑	**Prudent Bis**	

Totale _____ **%**

In caso di più fondi abbinati la presente ripartizione si intende valida, salvo comunicazione contraria, anche per i Premi Aggiuntivi e/o Successivi fatto salvo quanto previsto all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Programma Consolida i Rendimenti (Riservato a chi ha scelto la forma a Premio Unico ed uno tra i Fondi interni sotto indicati)

❑ Chiedo l'adesione al programma CONSOLIDA I RENDIMENTI.

	Fondo di partenza	% di consolidamento	Fondo di destinazione
❑	**Opportunity Bis**	5 10%	
❑	**Sector Bis**	5 10%	**Prude**
❑	**Country Bis**	5 10%	

FAC-SIMILE

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

Modalità di pagamento Premio

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io Contraente in quanto intestatario del seguente c/c aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo a richiedere il trasferimento dell'importo indicato, relativo alla presente sottoscrizione, a favore di Mediolanum Vita S.p.A.

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta 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	Banca emittente/trassata	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

Premi successivi

❑ **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 Sottoscrittore nel presente Modulo e per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscritto prende atto che per (i) le operazioni di pagamento collegate all'amministrazione di strumenti finanziari che ricadono nel disposto dell'art. 2, lett. i del D.Lgs. 11/2010 ha diritto di revocare il singolo addebito diretto SDD finanziario fino al giorno stesso dell'addebito (o data prorogata dal creditore); (ii) il servizio SDD finanziario non prevede il diritto per il Sottoscrittore di chiedere il rimborso dopo l'esecuzione dell'operazione, se autorizzata.

Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo di pagamento, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta. 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. IT44H0100000001749470157

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 modulo di autorizzazione del terzo pagatore e adeguata verifica):**

Codice fiscale _____

Cognome e Nome _____

❑ IBAN di Banca Mediolanum _____

❑ IBAN di Banca Esterna* _____

Relazione esistente con il Contraente[1]:

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

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 – per i titolari del servizio di Banca Diretta offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A. – o dei siti www.mediolanumvita.it e www.gruppoassicurativomediolanum.it in caso di cessazione del servizio di Banca Diretta ovvero qualora il sottoscritto non sia mai stato utente di tale ultimo servizio.

All'indirizzo e-mail riceverò un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione nell'area riservata. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato, in mancanza del quale, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me indicato.

FAC-SIMILE

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 nè la Società nè 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, nonchè per ragioni cautelari;
- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea.

(in assenza di esplicita richiesta l'informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF (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/Rappresentante legale** _____

Informazioni ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche 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 fondo 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:

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 _____

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

_____

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

_____

- Inoltre, in qualità di Contraente 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 antiriciclaggio, in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia provvederà pertanto a fornirmi conferma di avvenuta esecuzione del contratto. Il sottoscritto prende quindi atto che, nelle ipotesi di sospensione dell'efficacia del contratto, il valore delle quote dei Fondi Interni abbinati che saranno acquistate dalla Compagnia potrà differire anche in misura sensibile - in funzione dell'andamento di mercato - rispetto al valore delle stesse se acquistate nei termini ordinariamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione non considerando il suddetto periodo di sospensione;

- di essere consapevole che la Compagnia, qualora si trovasse nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), 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/Rappresentante legale** _____

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

Dichiarazioni e Firme del Sottoscrittore

Prendo atto che, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato, Mediolanum Vita S.p.A. corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto un capitale pari al:

- 101% del controvalore complessivo delle quote del Fondo Interno riferite al contratto, se alla data di sottoscrizione della presente proposta l'Assicurato ha un'età superiore ai 75 anni;
- 101% del maggiore tra il totale dei premi versati alla data di denuncia del sinistro e il controvalore complessivo delle quote del Fondo Interno riferite al contratto, se alla data di sottoscrizione della presente proposta l'Assicurato ha un'età inferiore ai 75 anni.

✍ **Il Contraente/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 atto che dalla 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 pena entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta). Il termine detto termine sarà, dunque, possibile comunicare il recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R alla Compagnia, presso Enrico Dorio - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI). Preso atto di quanto precede, 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 diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto e in ogni caso secondo quanto dettagliatamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

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

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

✍ **Il Contraente/Rappresentante legale** _____

Il sottoscritto Contraente:

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

❏ 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.). Il sottoscritto è altresì informato della possibilità di poter comunque richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati anche con riferimento al Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID), la cui versione aggiornata è disponibile nel sito della Compagnia.

❏ 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) e relativo Documento contenente le informazioni specifiche (c.d. SID) 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 dei Fondi Interni. Dichiara altresì di essere consapevole che i SID sulle ulteriori opzioni di investimento sottoscrivibili sono disponibili sul sito www.mediolanumvita.it;**
- 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.

FAC-SIMILE

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 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.
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, 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 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 - lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone alla Compagnia di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente aggressiva di natura transfrontaliera, individuati tramite un elenco di "elementi distintivi" di cui all'allegato IV della Direttiva e che presentano una forte connotazione di elusione e abuso fiscale.
Il sottoscritto Contraente dichiara che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, è a lui stesso intestato.
La Compagnia si riserva comunque di richiedere ulteriore documentazione comprovante l'intestazione del rapporto nonché di effettuare ulteriori approfondimenti nei casi di utilizzo di altre modalità di pagamento del Premio.
Con la sottoscrizione della presente Proposta, il sottoscritto accetta di sottoscrivere il contratto di assicurazione sulla vita tipo unit linked a vita intera relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato Life Fund. La Compagnia dichiara di venire a conoscenza della suddetta accettazione al momento della firma della presente Proposta, per il quale presente Contratto si intende concluso.
Il sottoscritto prende atto e accetta che l'efficacia del contratto è, in ogni caso, anche successivamente al suo perfezionamento, condizionata i) allo svolgimento dell'adeguata verifica della clientela ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio e (ii) all'effettuazione di controlli atti a verificare il permanere dell'adeguatezza della presente operazione ai sensi della normativa vigente, a seguito di eventuali operazioni poste in essere dal cliente successivamente alla richiesta di sottoscrizione ed anteriormente all'esecuzione della stessa.
Qualora le predette condizioni non si realizzassero - o qualora sussistessero ulteriori impedimenti di carattere normativo alla regolare conclusione e/o stipulazione del contratto - il contratto stesso si intenderà risolto di diritto.
Il sottoscritto conferma infine di aver ricevuto e di aver preso visione, prima della presente sottoscrizione, dell'informativa sui costi e oneri e sul loro effetto sul rendimento, nonchè, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di investimento della Banca, dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto alle proprie caratteristiche personali e finanziarie nonché ai propri bisogni assicurativi. Dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi.
Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito di Banca Mediolanum.

✍ **L'Assicurando*** _____

✍ **Il Contraente/Rappresentante legale** _____

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

Il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli 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 Interni), l'art. 8 (Modifica delle modalità d'investimento c.d. switch), l'art. 11 (Rischi esclusi), l'art. 12 (Esclusioni e limitazioni), l'art. 13 (Documentazione richiesta per i pagamenti), l'art. 14 (Pagamenti da parte della Compagnia), l'art. 17 (Conclusione del Contratto), l'art. 18 (Decorrenza del Contratto e della copertura assicurativa), l'art. 20 (Diritto di recesso), l'art. 21 (Riscatto totale), l'art. 22 (Riscatto parziale) e l'art. 23 (Costi e oneri collegati al Contratto).

✍ **Il Contraente/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

FAC-SIMILE

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 esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti dì 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, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili, dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permanga dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci per quanto di loro conoscenza, in ordine ai fatti per i quali si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. La mancata 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 false rendono inesercitabile il relativo diritto e fanno comunque sorgere 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, richiendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonchè le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purchè stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

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

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

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 nè 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.

FACSIMILE

Mezzo di pagamento	Valuta riconosciuta	Giorno di riferimento(*)
Assegno bancario	2 giorni lavorativi dal versamento effettuato da Mediolanum Vita S.p.A. (che provvede a versare gli assegni entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione presso la propria sede).	Il giorno di valuta riconosciuta sul mezzo di pagamento.
Assegni bancari tratti su Banca Mediolanum	I giorno lavorativo dal versamento effettuato da Mediolanum Vita S.p.A. (che provvede a versare gli assegni entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione presso la propria sede).	Il giorno di valuta riconosciuta sul mezzo di pagamento.
Bonifici Bancari	Coincide con la valuta riconosciuta a Mediolanum Vita S.p.A. dalla Banca Ordinataria.	Il giorno di valuta oppure quello di ricevimento da parte di Mediolanum Vita di notizia certa dell'avvenuto accredito del versamento sul proprio conto corrente se tale informazione giunge successivamente alla data di valuta.
Disposizione permanente di addebito SDD finanziario in conto corrente bancario	Il 5 e il 20 se giorno lavorativo. Altrimenti il I° giorno lavorativo successivo.	Il giorno in cui il versamento si è reso disponibile per valuta.

(*) Il giorno di riferimento è quello in cui Mediolanum Vita S.p.A. ha sia la disponibilità del Premio che la conoscenza della relativa causale.

FAC-SIMILE