mediolanum VITA

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 CASH
TASSO TECNICO
0%

PROPOSTA DI POLIZZA DI ASSICURAZIONE VITA

ID Raccomandazione Personalizzata _____

Data ultimo aggiornamento: 28 aprile 2023

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

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 alle condizioni previste nel Set Informativo. 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

CONTRAENTE/ASSICURANDO

COGNOME O RAGIONE SOCIALE | NOME

CODICE FISCALE / PARTITA IVA (obbligatorio) | CODICE CLIENTE (obbligatorio se già Cliente)

INDIRIZZO DI CONTRATTO **(da compilare solo per chiedere che la corrispondenza NON venga inviata all'indirizzo di residenza; in assenza ogni comunicazione verrà inoltrata presso la residenza già censita e nota)**

PRESSO

INDIRIZZO - via / piazza e numero civico

C.A.P. | LOCALITÀ (Comune) | PROV. | NAZ.

LEGALE RAPPRESENTANTE (da compilare se il contraente è una persona giuridica)

COGNOME | NOME

CODICE FISCALE / PARTITA IVA (obbligatorio) | CODICE CLIENTE (obbligatorio se già Cliente)

FACSIMILE

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) coniuge, rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).

ASSICURANDO REVERSIONARIO

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) coniuge, rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).

BENEFICIARI

IN CASO DI VITA:

008 L'Assicurato stesso

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, 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/dei 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.

IN CASO DI DECESSO (previsto per le tipologie di Rendita Reversibile, certa 5 anni e certa 10 anni):

Per le tipologie di rendita certa 5 anni e 10 anni

031 Beneficiario designato in forma nominativa (se selezionato, compilare obbligatoriamente tutti i dati)

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 l'Investitore 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 l'Investitore-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**

030 **Beneficiari appartenenti ad una classe/categoria[3]: ❏ Nipoti in linea retta ❏ Figli ❏ Fratelli e sorelle ❏ Genitori**

FACSIMILE

Per la tipologia di rendita reversibile

☐ **L'Assicurando reversionario**

* 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) coniuge, rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).

(2) Ai sensi dell'art. 565 del Codice Civile.

(3) Quali Beneficiari designati per classi o categorie si intendono i soggetti in vita al momento del decesso dell'Assicurato, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nascituri successivi alla presente sottoscrizione. La prestazione sarà erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.

REFERENTE TERZO

❏ Il sottoscritto Contraente-Assicurando chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di decesso dell'Assicurato 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 _____ 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.

- **IMPORTO DEL PREMIO**

  _____ , ____ euro

- **TIPOLOGIA DI RENDITA**

  ☐ VITALIZIA ☐ REVERSIBILE ☐ CERTA 5 ANNI ☐ CERTA 10 ANNI

- **FRAZIONAMENTO DELLA RENDITA**

  ☐ MENSILE ☐ BIMESTRALE ☐ TRIMESTRALE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE

- **PERCENTUALE DI REVERSIBILITÀ**
  (da compilare solo per la tipologia di rendita reversibile)

  ☐ 50% ☐ 60% ☐ 100%

MODALITÀ DI PAGAMENTO PREMIO *La normativa vigente non consente di effettuare pagamenti in contanti al Consulente Finanziario*

Riservato ai correntisti di Banca n° c/c _____

Mediolanum - addebito in c/c* c/c in apertura

Altra modalità (escluso contanti) _____
(Per i premi versati tramite assegno - che dovrà essere "non trasferibile" e intestato a Mediolanum Vita S.p.A. - è necessario riportare il numero dell'assegno, l'importo, il nome della banca emittente/trassata, la filiale/agenzia di riferimento).

* Io Contraente, in quanto intestatario o cointestatario del suddetto c/c aperto presso Banca Mediolanum, vi autorizzo a richiedere il trasferimento dell'importo sopra indicato, relativo alla presente sottoscrizione, a favore di Mediolanum Vita S.p.A.

ISTRUZIONI NECESSARIE ALLA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI AL BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Bonifico bancario a favore di

_____ COGNOME _____ NOME

(deve coincidere con l'intestatario del conto corrente) avente il seguente codice identificativo unico (IBAN)

PAESE	CIN IBAN	CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

In assenza dei requisiti sotto descritti, la Società provvederà a disporre il pagamento mediante assegno di traenza, intestato al beneficiario e inviato all'indirizzo di contratto.

FACSIMILE

La Società, per garantire una maggiore sicurezza e certezza del pagamento, darà corso all'operazione solo qualora l'IBAN del beneficiario:

- si riferisca ad un conto corrente in essere presso Banca Mediolanum S.p.A. e l'intestatario del conto coincida con il nominativo sopra specificato (la Società eseguirà le verifiche direttamente con la Banca), ovvero
- risulti già noto alla Società per pagamenti e/o accrediti ricorrenti relativi al prodotto in oggetto, eseguiti a partire dal 1° gennaio 2009, o in quanto precedentemente "certificato" in base alle regole tempo per tempo adottate, ovvero
- sia "certificato" mediante:
  i) dichiarazione del Cliente, il quale, con la sottoscrizione della presente richiesta, attesta che l'IBAN si riferisce ad un conto corrente allo stesso intestato;
  ii) per richieste di importo superiore o uguale a 15.000 euro la Società effettuerà le ulteriori verifiche ritenute necessarie e opportune al fine di verificare l'intestazione del conto indicato.

La Società, in difetto di quanto sopra ed al fine di garantire la sicurezza del pagamento, si riserva comunque la facoltà di disporre lo stesso mediante assegno di traenza, intestato al beneficiario ed inviato all'indirizzo di Contratto.

INFORMAZIONI AI SENSI DEL D.Lgs. 231/2007

- Scopo del rapporto: ❑ Risparmio ❑ Investimento ❑ Protezione
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta sul retro del 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 retro del presente Modulo) è resa nota alla società attraverso la compilazione della "Scheda anagrafica e modulo di adeguata verifica", messa a disposizione dal soggetto Distributore, che si allega al presente modulo.
- 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 collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel retro 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* è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente per la seguente motivazione:

_____ (motivazione Beneficiario**) _____ nome _____ cognome _____ luogo e data 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 aver fornito tutte le informazioni necessarie e aggiornate, anche con riferimento all'eventuale titolare effettivo (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 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 all'interno del Documento di Polizza;
- di essere consapevole che la società, 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.

* per i Beneficiari designati in forma generica (compresi anche quelli appartenenti ad una classe/categoria) indicare nome, cognome, luogo e data di nascita
** se diverso dal Contraente/Assicurando

✍ IL CONTRAENTE/ASSICURANDO

DICHIARAZIONI E FIRME

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 (file pdf) ❏ cartacea

se scelto il formato elettronico PDF, in sostituzione di quello cartaceo, dichiara di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentano di consultare e gestire autonomamente documenti in formato elettronico (file PDF), archiviati su supporto durevole.
È informato della possibilità di richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati, la cui versione aggiornata è disponibile sul sito della Compagnia.
Resta salvo il diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo.

- **Il Contraente dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione il Set Informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale Vita (c.d. DIP Vita), dal Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita (c.d. DIP Aggiuntivo Vita) e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario.**
- Il contraente, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di un consulente della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi.
- 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/ASSICURANDO

Prendo atto che a partire dal giorno di conclusione del contratto, decorre, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, il mio diritto di recedere dal contratto con l'obbligo della Compagnia alla restituzione del premio versato. Prendo atto ed accetto che la copertura assicurativa e tutti gli obblighi e oneri che il contratto assicurativo pone a carico di Mediolanum Vita S.p.A. avranno decorrenza secondo quanto definito all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

FACSIMILE

Dichiaro inoltre:

- 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;
- di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi ai sensi della vigente normativa (Regolamento UE 2016/679).
- Inoltre, il sottoscritto prende atto e accetta che l'efficacia del contratto è in ogni caso, anche successivamente al suo perfezionamento, condizionata allo svolgimento dell'adeguata verifica della clientela ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio. Qualora la predetta condizione non si realizzasse - o qualora sussistessero ulteriori impedimenti di carattere normativo alla regolare conclusione e/o stipulazione del contratto - il contratto stesso si intenderà risolto di diritto.

Confermo - 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 - 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. Mi impegno a comunicare ogni eventuale modifica a tali informazioni.

Prendo 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 l'Investitore-Contraente è fiscalmente residente (o presunto tale) qualora tali Paesi (o le autorità fiscali di tali Paesi) aderiscono al FATCA o CRS.

Sono stato informato e prendo inoltre 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.

Con la sottoscrizione della presente Proposta, accetto di sottoscrivere il Contratto di assicurazione "Life Cash Tasso Tecnico 0%". 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.

✍ IL CONTRAENTE/ASSICURANDO ✍ L'ASSICURANDO* ✍ L'ASSICURANDO REVERSIONARIO

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

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente modulo di proposta

Cognome e nome del Consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede | Firma | 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.

MEZZO DI PAGAMENTO	VALUTA RICONOSCIUTA	GIORNO DI RIFERIMENTO (*)
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 a Mediolanum Vita.
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 a Mediolanum Vita.
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.

FACSIMILE

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

1ª COPIA PER MEDIOLANUM VITA S.p.A.

2ª COPIA PER IL CONSLUENTE FINANZIARIO

3ª COPIA PER IL CONTRAENTE

FACSIMILE