

Mediolanum Vita S.p.A. - Sede Legale: Palazzo Meucci, Via F. Sforza, 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



## Proposta di Polizza di Assicurazione Vita

ID Report Adeguatezza

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

Data ultimo aggiornamento: 30 aprile 2021

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 le informazioni specifiche 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.  
Il Direttore Generale  
Alessandro Garofalo



### Dati Anagrafici

#### Contraente/Assicurando

Cognome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  F  G  
Persona

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 \_\_\_\_\_

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 (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<sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

<sup>(1)</sup> 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

**Avvertenza:** in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici, incluso il codice fiscale e/o la Partita IVA, e dei recapiti del/dei Beneficiario/i di seguito designato/i in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, soprattutto al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei 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 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.

### Beneficiario in caso di vita dell'Assicurato

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

N.B. In mancanza di designazione si intenderà quale Beneficiario per il caso vita il Contraente/Assicurato.

#### Beneficiario Persona Fisica

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<sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

(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)<sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

Il sottoscritto Contraente chiede alla Compagnia di:

inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

non inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

#### Beneficiario Persona Giuridica

2) **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<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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 qualora non coincida con il Contraente)<sup>(0)</sup>:

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

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

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

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

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

#### Luogo di Nascita

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

#### Residenza

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

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

#### Recapito Telefonico

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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 qualora non coincida con il Contraente)<sup>(0)</sup>:

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

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

Il sottoscritto Contraente chiede alla Compagnia di:

inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

non inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

### Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato

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<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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)<sup>(0)</sup>:

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

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

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

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

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurando<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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)<sup>(0)</sup>:

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

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

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

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

**Luogo di Nascita**

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

 Fisso  Cellulare

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

Relazione con il Contraente/Assicurando<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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)<sup>(0)</sup>:

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

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

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

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

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

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

**Residenza**

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

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

**Recapito Telefonico**

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

 Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo I e il Contraente/Assicurando<sup>(0)</sup>:

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

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

Relazione tra Titolare Effettivo I e l'Assicurando (da compilare qualora non coincida con il Contraente)<sup>(0)</sup>:

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

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

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

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

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

#### Luogo di Nascita

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

#### Residenza

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

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

#### Recapito Telefonico

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

Fisso  Cellulare

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

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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 qualora non coincida con il Contraente)<sup>(0)</sup>:

\_\_\_\_\_ (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<sup>(2)</sup> dell'Assicurato**

027 **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi<sup>(2)</sup> dell'Assicurato**

**Beneficiari appartenenti ad una delle seguenti classi/categorie<sup>(3)</sup>:**

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.

<sup>(0)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> Ai sensi dell'art. 565 del Codice Civile.

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

## Referente Terzo

Il sottoscritto Contraente 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.

## Scelta del Fondo Interno (è possibile la sottoscrizione di un solo Fondo Interno)

Step Obbligazionario

Step Bilanciato

Step Azionario

## Piano dei premi

Durata \_\_\_\_\_ anni (min. 10 anni)

Per la compilazione barrare l'opzione prescelta

Premio Unico € \_\_\_\_\_  
(min. € 25.000,00)

Premio Annuo € \_\_\_\_\_  
(min. € 500,00)

Premio Iniziale € \_\_\_\_\_  
(rateazione semestrale o annuale)

Rateazione dei Premi Successivi\*: \_\_\_\_\_  
(indicare alternativamente mensile, bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale)

giorno valuta\*\*:  5  20

a partire:  dalla prima scadenza successiva, in funzione del versamento iniziale  
 a partire dal primo mese utile in funzione della rateazione opzionata

\* Rata min. € 100,00. Per i Premi Successivi è prevista la rivalutazione annua degli importi sulla base dell'incremento dell'indice ISTAT del costo della vita aumentato di tre punti percentuali.

\*\* Il premio sarà addebitato il primo giorno lavorativo precedente alla data di valuta.

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 su Banca Mediolanum** per l'alimentazione del Programma di Accumulazione (PAC)  
Il sottoscritto, in quanto intestatario, cointestatario del conto corrente sotto indicato, autorizza Banca Mediolanum ad addebitare sul conto corrente sotto indicato, 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 Banca Mediolanum di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscrittore 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.

Banca Mediolanum ed il sottoscritto 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 Sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto tra le parti, o comunque rese pubbliche da Banca Mediolanum e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme di Banca Mediolanum".

**Creditor ID IT44H010000001749470157**

#### Coordinate Bancarie del Conto Corrente da Addebitare

(se non compilato si considera valido il medesimo conto corrente di Banca Mediolanum indicato per il pagamento del Premio iniziale)

##### Conto Corrente a me intestato

IBAN \_\_\_\_\_

Conto corrente in apertura proposta n. \_\_\_\_\_

##### Conto corrente\* intestato a (nel caso in cui il Contraente non sia intestatario, cointestatario del conto corrente di addebito):

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

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

IBAN \_\_\_\_\_

Relazione esistente con il Contraente\*\*:

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

(se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

\*\*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.

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

##### **Disposizione Permanente SDD su Banca Esterna per alimentazione del Programma di Accumulazione (PAC)** (come da modulo allegato)\*

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

## Richiesta invio comunicazioni esclusivamente tramite internet

- In quanto utente del servizio di Banca Diretta per via telematica offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa prevista dalla normativa tempo per tempo vigente, ivi compresa quella relativa al rendiconto annuale, al Documento di Polizza, alle modifiche essenziali intervenute con riguardo al prodotto, alla conferma dell'avvenuto investimento, venga, in tutti i casi consentiti dalla normativa vigente, effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, per il tramite della Banca stessa.

All'indirizzo e-mail da me comunicato alla Banca anche mediante invio dell'apposita Scheda Anagrafica, come utente del servizio di Banca Diretta, desidero ricevere un avviso che mi informerà della contestuale disponibilità di una nuova comunicazione sul sito internet. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, ivi compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato. In mancanza di comunicazione dell'indirizzo e-mail, o qualora dovessi cessare di essere utente del servizio di cui sopra, l'informativa sarà inviata in formato cartaceo all'indirizzo di corrispondenza da me sopra 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, 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 \_\_\_\_\_

### 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 nel prosieguo del presente modulo, che il/i BENEFICIARIO/I della prestazione assicurativa (ovvero il titolare effettivo del beneficiario, qualora quest'ultimo sia una persona non fisica) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica\* NON è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto/i collegato/i a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate nel prosieguo del presente modulo). In caso contrario, dichiaro che il/i beneficiario/i (ovvero il suo titolare effettivo) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica\*, qualora diverso dal Contraente, è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto/i collegato/i a Persona Esposta Politicamente per la seguente motivazione:

Motivazione 1° Beneficiario Caso Vita:

\_\_\_\_\_

Motivazione 2° Beneficiario Caso Vita Titolare Effettivo 1:

\_\_\_\_\_

Motivazione 2° Beneficiario Caso Vita Titolare Effettivo 2:

\_\_\_\_\_

Motivazione 1° Beneficiario Caso Morte:

\_\_\_\_\_

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 2° Beneficiario Caso Morte:

\_\_\_\_\_

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 3° Beneficiario Caso Morte:

\_\_\_\_\_

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Motivazione 4° Beneficiario Caso Morte Titolare Effettivo 1:

Motivazione 4° Beneficiario Caso Morte 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 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, Regolamento IVASS 44/19);
- 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 \_\_\_\_\_

\* 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. 4 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 \_\_\_\_\_

Prendo atto che, ai sensi del D.Lgs. 7 dicembre 2005 n. 209, ho facoltà di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta) con l'obbligo della Compagnia alla restituzione dei Premi versati al netto dei diritti già riscossi e in ogni caso secondo quanto dettagliatamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Prendo altresì atto che alla sottoscrizione del Contratto si applica l'art. 67-duodecies, comma 2, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del presente Contratto (sottoscrizione della presente Proposta). Entro detto termine sarà, dunque, possibile comunicare il recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Via F. Sforza 15 - 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 \_\_\_\_\_

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) relativo al prodotto, 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 KID e del DIP aggiuntivo IBIP, e di aver ricevuto gratuitamente, letto ed accettato in ogni loro parte, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente proposta di polizza, il Set informativo composto dal Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID) relativo al prodotto, dalle informazioni specifiche ad esso allegate sull'opzione d'investimento sottostante prescelta ai fini della presente sottoscrizione, nonché dalle informazioni specifiche sulle ulteriori opzioni di investimento sottoscrivibili, dal DIP aggiuntivo IBIP e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento dei Fondi Interni;
- dichiara di aver ricevuto ai sensi dell'art. 133 comma 2 del Regolamento Intermediari: (i) l'informativa sul distributore assicurativo e (ii) l'informativa sul prodotto d'investimento assicurativo e sull'attività di distribuzione assicurativa.

Dichiara inoltre di aver ricevuto, letto e interamente accettato le "CONDIZIONI CONTRATTUALI relative ai servizi di investimento" disponibili nell'edizione aggiornata delle "Norme di Banca Mediolanum" e sul sito [www.bancamediolanum.it](http://www.bancamediolanum.it) con particolare riferimento alla prestazione dei servizi di investimento e quelli accessori.

Dichiara di aver ricevuto l'"Informativa sugli strumenti finanziari" e il "Documento informativo sulle principali regole di comportamento del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede nei confronti dei clienti o dei potenziali clienti" disponibili anche nell'edizione aggiornata delle "Norme di Banca Mediolanum" e sul sito [www.bancamediolanum.it](http://www.bancamediolanum.it).

Dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali trasmessa dal Soggetto Distributore ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679), e di aver prestato il proprio consenso al trattamento dei propri dati in relazione alla presente proposta.

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

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 - concernente lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone alla Compagnia di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente aggressiva di natura transfrontaliera, individuati tramite un elenco di "elementi distintivi" di cui all'allegato IV della Direttiva e che presentano una forte connotazione di elusione e abuso fiscale.

Il sottoscritto Contraente 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 idonea documentazione comprovante l'intestazione del rapporto nonché di effettuare ulteriori approfondimenti nei casi di utilizzo di altra modalità di pagamento del Premio.

Con la sottoscrizione della presente Proposta, il sottoscritto accetta di sottoscrivere il Contratto di assicurazione sulla vita a scadenza di tipo unit linked in forma mista relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato "Mediolanum Capital New". 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.

Infine, 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 anticiclaggio 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, nonché, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di investimento della Banca, dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto alle proprie caratteristiche personali e finanziarie nonché ai propri bisogni assicurativi. Dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito di Banca Mediolanum.

 **L'Assicurando\*** \_\_\_\_\_

 **Il Contraente** \_\_\_\_\_

\*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. 4 (Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato - caso morte), l'art. 6 (Investimento del premio e attribuzione delle quote del Fondo Interno), l'art. 9 (Modifica del Fondo Interno c.d. switch), l'art. 10 (Opzione di conversione in rendita del capitale), 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. 18 (Conclusione del Contratto), l'art. 19 (Decorrenza del Contratto e della copertura assicurativa), l'art. 21 (Diritto di recesso), l'art. 22 (Riscatto) e l'art. 23 (Costi e oneri collegati al Contratto).

 **Il Contraente** \_\_\_\_\_

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

Firma del Consulente Finanziario

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 esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di 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. 231/2017 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, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e 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 permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, 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, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano 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 e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi 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.

### Sanzioni

#### **Art. 55, comma 3 del D.Lgs. 231/2017 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 Regolamento Ivass n. 44 del 12 febbraio 2019**

1. Quando le imprese non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui agli articoli 34, 35, 36 e 37, si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione.
2. Nel caso l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, le imprese si astengono dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.
3. In ogni caso, le imprese valutano se inviare una segnalazione di operazione sospetta e, in caso di liquidazione della prestazione, anche se richiederne la sospensione alla UIF.

Mezzo di pagamento	Valuta riconosciuta	Giorno di riferimento <sup>(*)</sup>
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	1 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 1° giorno lavorativo successivo.	Il giorno in cui il versamento si è reso disponibile per valuta.

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

Fac Simile

Fac Simile