

Proposta di Polizza di Assicurazione Vita

ID Report Adeguatezza

Data ultimo aggiornamento: 28 maggio 2021

Spettabile
MEDIOLANUM VITA S.p.A.
Palazzo Meucci - Via F. Sforza
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 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) 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/Assicurato

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente) _____

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

Presso _____

Indirizzo - via / piazza e numero civico _____

C.a.p. _____

Località (Comune) _____

Prov. _____

Naz. _____

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 coincidente con il Contraente, 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/Assicurato 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.

Beneficiari Persone Fisiche

1) **Dati Anagrafici** Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Percentuale** _____ % Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Prov. di Nascita _____ Nazione di Nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Prov. _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

 Fisso Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurato⁽¹⁾:

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

_____ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

Il sottoscritto Contraente/Assicurato chiede alla Compagnia di:

 inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato non inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato**2) Dati Anagrafici**Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Percentuale** _____ % Data di nascita _____**Luogo di Nascita**

Comune di nascita _____ Prov. di Nascita _____ Nazione di Nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Prov. _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

 Fisso Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurato⁽¹⁾:

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

_____ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

Il sottoscritto Contraente/Assicurato 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****3) 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 _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurato:

_____ (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 _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurato:

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

Il sottoscritto Contraente/Assicurato 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/Assicurato:

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

2) **Dati Anagrafici** Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Percentuale** _____ % Data di nascita _____

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Prov. di Nascita _____ Nazione di Nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____

Località (Comune) _____ Prov. _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

 Fisso Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurato:

(indicare il tipo di relazione tra 1,2,3 o 4) (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)**Beneficiario Persona Giuridica**3) **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/iTitolare 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 _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurato:

(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 _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurato:

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

026

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

027

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

Beneficiari appartenenti ad una delle seguenti classi/categorie⁽³⁾: 032 Nipoti in linea retta 033 Figli 034 Fratelli e Sorelle 035 Genitori

* Da inserire qualora sia già cliente.

** In caso non venisse indicata alcuna percentuale, la prestazione sarà erogata in parti uguali ai beneficiari designati.

⁽¹⁾ Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).⁽²⁾ Ai sensi dell'art. 565 del Codice Civile.⁽³⁾ I Beneficiari designati per classi o categorie si intendono i soggetti in vita al momento del decesso dell'Assicurato, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nati successivamente alla presente sottoscrizione. La prestazione sarà erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.**Referente Terzo** Il sottoscritto Contraente e Assicurato chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di decesso 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 _____ 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.

Premio e Durata del Contratto

Premio unico € _____

Anni _____
(minimo 2 anni; massimo 10 anni)

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

Modalità di Pagamento Premio **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**

Io Contraente/Assicurato, 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.

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

(in assenza di esplicita richiesta l'informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF (es. "pen-drive"), laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all'indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato).

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

Il Contraente/Assicurato _____

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 collegato 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* è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente/e per la seguente motivazione:

Motivazione 1° Beneficiario Caso Vita**:

Motivazione 2° Beneficiario Caso Vita**:

Motivazione 3° Beneficiario Caso Vita Titolare Effettivo 1

Motivazione 3° 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 Titolare Effettivo 1:

Motivazione 3° Beneficiario caso morte Titolare Effettivo 2:

- Inoltre, in qualità di Contraente/Assicurato del presente contratto di assicurazione dichiaro:
 - consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (art. 55 e ss. del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), di 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 anticiclaggio, in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia in ogni caso comunicherà al Contraente/Assicurato la data di decorrenza all'interno del Documento di Polizza;
 - 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/Assicurato _____

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

** se diverso dal Contraente/Assicurato.

Tasso di rivalutazione

Il tasso di rivalutazione riconosciuto sino alla prima scadenza annuale della polizza è pari al _____% lordo. Tale tasso è ottenuto come differenza tra il rendimento annuale del Fondo Medinvest e la trattenuta operata dalla Compagnia, che per il presente contratto è pari al 50% per il periodo iniziale.

Dichiarazioni e Firme del Sottoscrittore

Il sottoscritto Contraente/Assicurato:

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

NON CARTACEA, dichiara di essere in grado di consultare e gestire autonomamente documenti in formato file elettronico PDF e pertanto di accettare che copia dei documenti relativi all'investimento vengano consegnati in formato file elettronico PDF, archiviati su supporto elettronico durevole (ad es. Pendrive, Cd-Rom, Dvd, ecc.); 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 aver ricevuto gratuitamente, letto e 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), dal DIP aggiuntivo IBIP e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento della gestione interna separata MEDINVEST cui sono direttamente collegate le prestazioni del contratto.**

Prende atto che a partire dal giorno in cui è stato informato che il contratto è concluso, decorre ai sensi dell'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione il diritto di recedere dal contratto, avendo diritto alla restituzione del premio versato;

- 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 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 prende atto che, ai sensi dell'art. 13 della Tariffa allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, l'imposta di bollo applicata alle comunicazioni periodiche e alle operazioni di riscatto totale e parziale o in caso di sinistro sarà assolta in modo virtuale da Mediolanum Vita S.p.A. e sarà trattenuta al momento del pagamento della prestazione.

Il Sottoscritto - ai fini della Legge 18 giugno 2015 n. 95 - adeguata verifica fiscale ai fini dello scambio automatico delle informazioni finanziarie in applicazione dell'Accordo Multilaterale c.d. Common Reporting Standard ("CRS") ed ai fini dell'Accordo Intergovernativo stipulato dall'Italia e gli Stati Uniti in materia di FATCA, ratificato con la Legge 18 giugno 2015, n. 95 - attesta di avere la residenza fiscale esclusivamente nel Paese, o nei Paesi dichiarati nella scheda anagrafica anche qualora la corrispondenza relativa al presente contratto fosse domiciliata in Paese diverso e si impegna a comunicare ogni eventuale modifica a tali informazioni.

Il Sottoscritto prende atto che le informazioni fornite per FATCA e CRS potranno essere segnalate alle Autorità fiscali italiane, alle Autorità fiscali del Paese o dei Paesi in cui il Contraente/Assicurato è fiscalmente residente (o presunto tale) qualora tali Paesi (o le autorità fiscali di tali Paesi) aderiscano al FATCA o CRS.

Il sottoscritto è stato informato e prende atto che in data 25 giugno 2018 è entrata in vigore la Direttiva UE 2018/822 - c.d. Direttiva DAC6, recepita in Italia con il D.Lgs. n. 100 del 30 luglio 2020 e in vigore dal 26 agosto 2020 - concernente lo scambio automatico di informazioni fra i Paesi appartenenti alla UE che, laddove sussistessero i presupposti, impone alla Compagnia di segnalare meccanismi di pianificazione fiscale potenzialmente aggressiva di natura transfrontaliera, individuati tramite un elenco di "elementi distintivi" di cui all'allegato IV della Direttiva e che presentano una forte connotazione di elusione e abuso fiscale.

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, è 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 in forma mista a prestazione rivalutabile relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato "MEDIOLANUM CAPITALE SICURO". 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.

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.

Conferma infine di aver ricevuto e di aver preso visione, prima della presente sottoscrizione, dell'informativa sui costi e oneri e sul loro effetto sul rendimento, nonché, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di investimento della Banca, dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione stessa rispetto alle proprie caratteristiche personali e finanziarie nonché ai propri bisogni assicurativi. Dichiara

altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto adeguato e idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi. Tali informative sono state rese in formato cartaceo o file elettronico PDF, quest'ultimo reso disponibile all'interno dell'Area Riservata del sito di Banca Mediolanum.

Il Contraente/Assicurato _____

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'art. 1 (Prestazioni garantite dal contratto); l'art. 3 (Pagamento del premio); l'art. 4 (Costi); l'art. 5 (Durata del contratto); l'art. 6 (Conclusione del contratto); l'art. 7 (Decorrenza della copertura assicurativa); l'art. 8 (Diritto di recesso dal contratto); l'art. 10 (Riscatto); l'art. 15 (Capitale liquidabile in caso di decesso dell'assicurato); l'art. 16 (Documentazione e modalità di pagamento).

Il Contraente/Assicurato _____

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 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 inesorabile 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.