mediolanum VITA

MEDIOLANUM PERSONAL LIFE SERENITY

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 contratto di assicurazione

ID Raccomandazione Personalizzata _____

Data ultimo aggiornamento: 30 settembre 2022

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

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____ proposta n. _____

Dati Anagrafici

Contraente/Assicurando

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. _____

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

Cognome _____ Nome _____

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

Relazione con il Contraente[1]:

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

[1] Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).

Fac Simile

Agevolazioni

❏ **Agevolazione Tipo** _____ Descrizione* _____

* Descrizione della tipologia di agevolazione riconosciuta in base all'accordo distributivo.

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

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

NB. I dati personali saranno acquisiti e trattati esclusivamente per le finalità indicate nel contratto e secondo gli obblighi stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente. In caso di discordanza dei dati presenti presso la Compagnia o il Soggetto Distributore relativi alla residenza e/o ai recapiti (telefono/e-mail), i dati forniti direttamente dal soggetto Beneficiario prevarranno rispetto a quelli indicati dal Contraente nel presente modulo.

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

Beneficiari persone fisiche

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Prov. di nascita ____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❏ Fisso ❏ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando(1):

_____ _____

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

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

_____ _____

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

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Prov. di nascita ____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❏ Fisso ❏ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando(1):

_____ _____

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

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

_____ _____

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

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

Comune di nascita _____ Prov. di nascita ____ Nazione di nascita _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Fac Simile

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❏ Fisso ❏ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[1]:

_____ _____

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

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

_____ _____

(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 1 Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

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

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❏ Fisso ❏ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 1 e il Contraente/Assicurando[1]:

_____ _____

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

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

_____ _____

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

Titolare Effettivo 2 Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

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

Fac Simile

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❏ Fisso ❏ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando[1]:

_____ _____

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

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

_____ _____

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

026 **Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi[2] dell'Assicurato**

027 **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi[2] dell'Assicurato**

Beneficiari appartenenti ad una delle seguenti classi/categorie[3]:

032 **Nipoti in linea retta**

033 **Figli**

034 **Fratelli e Sorelle**

035 **Genitori**

* Da inserire qualora sia già cliente.
** In caso non venisse indicata alcuna percentuale, la prestazione sarà erogata in parti uguali ai beneficiari designati.
(1) Indicare il numero corrispondente al tipo di relazione tra quelle di seguito riportate: (1) rapporto di parentela o affinità; (2) rapporto affettivo (convivente more uxorio); (3) rapporto aziendale o professionale; (4) altro (se diverso dai precedenti, specificare il tipo di rapporto).
(2) Ai sensi dell'art. 565 del Codice Civile.
(3) I Beneficiari designati per classi o categorie si intendono i soggetti in vita al momento del decesso dell'Assicurato, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nascituri successivi alla presente sottoscrizione. La prestazione sarà erogata in parti uguali tra i beneficiari designati.

Beneficiario Irrevocabile Servizio Flash Benefit

❏ Il sottoscritto Contraente chiede (ai sensi dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione), in caso di decesso dell'Assicurato, di designare il Beneficiario Irrevocabile, di seguito nominato:
(per i nuovi clienti è necessario effettuare il censimento mediante Scheda Anagrafica)

Dati Anagrafici Codice Cliente (obbligatorio se già cliente) _____ Percentuale 10%*

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____ 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[1] se diverso da altro beneficiario:

_____ _____

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

_____

✍ **Per accettazione del Beneficiario Irrevocabile**

(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).
* N.B. Il capitale assicurato in caso di decesso verrà ripartito tra i beneficiari designati, secondo le percentuali di attribuzione, decurtato della quota del 10% (fino a un massimo di € 10.000) spettante al Beneficiario Irrevocabile

Fac Simile

Referente Terzo

❏ Il sottoscritto Contraente 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 (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.

Entrata in vigore dell'Assicurazione

La copertura assicurativa entra in vigore, fatto salvo quanto stabilito all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione, alle ore 24.00 del giorno di conclusione del contratto che coincide con quello di incasso del premio iniziale.

Data di decorrenza _____ (da compilare esclusivamente se si desidera una data di decorrenza successiva a quella stabilita in funzione di quanto sopra descritto)

Caratteristiche Contrattuali

Età assicurando _____ anni Durata polizza _____ anni Capitale Assicurato € _____
(minimo € 100.000)

❏ Copertura Complementare Infortuni

Tariffa Base* ❏

Sconto Applicato: ❏ One (15% sul premio base) ❏ Plus (25% sul premio base) ❏ Top (35% sul premio base)

premio annuo lordo* € _____
(importo eventualmente comprensivo dell'imposta sui premi nella misura del 2,5% applicata sulla quota parte di premio destinata alla Copertura Complementare Infortuni).

di cui € _____ quale maggiorazione applicata rispetto al premio iniziale per rischi sanitari o derivanti da determinati stili di vita (ad esempio fumo ed alcool)

di cui € _____ quale maggiorazione applicata rispetto al premio iniziale per rischi derivanti dall'attività professionale

di cui € _____ quale maggiorazione applicata rispetto al premio iniziale per rischi derivanti dall'attività sportiva

* La Tariffa ed il premio annuo sopra indicati potrebbero variare a seguito della valutazione individuale effettuata dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta (art. 15 delle Condizioni di Assicurazione).

Premio di perfezionamento**: € _____
Rateazione del premio di perfezionamento e delle annualità successive: _____
(indicare alternativamente Annuale, Semestrale, Trimestrale, Mensile*** o Mensile*** con pagamento delle prime 12 rate in unica soluzione)

** Laddove ne sia chiesto il frazionamento, per effetto degli arrotondamenti, l'importo totale dei versamenti di ogni annualità potrebbe differire (in difetto o in eccesso, generalmente di importo non superiore a 0.30 euro) rispetto all'importo del premio annuo di polizza.
*** Rateazione riservata ai soli Correntisti di Banca Mediolanum.

Il premio annuo lordo ed i relativi costi sono determinati in funzione del capitale assicurato, della durata della polizza, dell'età, dello stato di salute, dello stile e delle abitudini di vita e delle attività professionali/sportive svolte dall'Assicurato, come descritto nel Set Informativo.

N.B. La Compagnia si riserva di applicare sconti sul premio sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale. L'importo effettivamente dovuto sarà pertanto comunicato al Contraente.

Carenza della copertura principale

❏ Chiedo l'esclusione del periodo di carenza, ai sensi dell'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione, e sono consapevole della necessità di sottopormi a visita medica, che in ogni caso non escluderà l'applicazione del periodo di carenza di 1 mese in caso di decesso dell'Assicurato per Sars-Cov-2 (c.d. COVID-19).

✍ **Firma dell'Assicurando**

Fac Simile

Modalità di Pagamento Premio

Premio Iniziale:

❏ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
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. ovvero il diverso importo, maggiore o minore, risultante dalla valutazione individuale effettuata dalla Compagnia per i casi in cui la stessa è richiesta (art. 15 delle Condizioni di Assicurazione).

❏ IBAN _____

❏ Conto corrente in apertura proposta n. _____

❏ **Assegno bancario "non trasferibile"** all'ordine di **Mediolanum Vita S.p.A.***

Importo (€)	Tipo	Banca emittente/trassata	Filiale/sede/agenzia	Numero
	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.

Premi successivi:

❏ **Disposizione Permanente di addebito (SDD)** (per il pagamento dei premi successivi al 1° versamento)
Il Sottoscritto, in quanto intestatario o cointestatario del conto corrente sotto indicato, autorizza Banca Mediolanum S.p.A. ad addebitare sul c/c identificato dall'IBAN sotto riportato, nella data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice, tutti gli addebiti diretti (a mezzo Sepa Direct Debit - SDD) inviati dalla stessa Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate di tale Azienda di seguito riportate (o aggiornate ad iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano sul c/c da addebitare disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito e senza necessità per Banca Mediolanum di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto entro il giorno lavorativo precedente la data di scadenza indicata dall'Azienda creditrice e di chiedere il rimborso di un addebito diretto autorizzato entro 8 settimane dalla data di addebito, secondo gli accordi ed alle condizioni previsti nel contratto del conto corrente sotto indicato (di seguito "Contratto di conto corrente") che regolano il rapporto con la Banca. Il sottoscrittore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità e senza spese, dal presente accordo, mediante revoca dell'autorizzazione. Per quanto non espressamente previsto sono applicabili le norme e le condizioni indicate nel contratto di conto corrente sottoscritto tra il sottoscrittore e la Banca di cui il presente accordo forma parte integrante ovvero le condizioni comunque rese pubbliche dalla Banca stessa e tempo per tempo vigenti.

Creditor ID IT44003000001749470157

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):**

Cod. 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)

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**

❏ **Disposizione Permanente SDD su altra Banca: si allega modulo della disposizione permanente di addebito*.**

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

** 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).

Fac simile

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

- Scopo del rapporto: Protezione
- 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 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 nel proseguio 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 per la seguente motivazione:

Motivazione 1° Beneficiario**:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 2° Beneficiario:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 3° Beneficiario:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 4° Beneficiario:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 1:

_____

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

_____

Motivazione Beneficiario Irrevocabile se diverso da altro Beneficiario:

_____

- 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 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 in ogni caso comunicherà al Contraente la data di decorrenza del contratto all'interno del Documento di Polizza;
- di essere consapevole che la Compagnia, qualora non fosse in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica, potrà vedersi costretta a non eseguire l'operazione richiesta e, in caso di rapporti già in essere, a chiudere gli stessi, previa restituzione degli importi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di mia spettanza mediante bonifico sul conto dal quale

Fac Simile

l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto da me specificato (aperto a mio nome e detenuto presso un istituto di credito Italiano) (art. 42 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
- di essere consapevole che le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" potranno essere comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ai sensi dell'art. 39 comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int..

✍ **Firma del Contraente**

* Per i Beneficiari designati in forma generica (compresi anche quelli appartenenti ad una classe/categoria) indicare Cognome, Nome, Data di nascita e Luogo di nascita.
** Se diverso dal 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 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.

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 della Banca, conferma di avere ricevuto, prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi; dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto 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 dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumvita.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance).

Il Contraente dichiara infine di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679).

✍ **Firma del Contraente**

Il Contraente dichiara:
- di essere a conoscenza di poter esercitare la revoca della proposta secondo quanto indicato all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aver versato o dato incarico a Banca Mediolanum di versare l'importo sopra riportato a titolo di rata lorda di perfezionamento. Prende atto che alla sottoscrizione del contratto si applica l'art. 67-duodecies, comma 2, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), che prevede, in caso di contratti conclusi a distanza, la facoltà per il consumatore di recedere senza penali, entro trenta giorni, decorrenti dalla data di conclusione del contratto. Entro detto termine, il Contraente può comunicare il proprio recesso, per iscritto a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia, Via F. Sforza 15 - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI). In tal caso la Compagnia provvederà a restituire l'intero premio versato. Preso atto di quanto precede, il Contraente richiede l'avvio dell'esecuzione del Contratto, consapevole che, in caso di esercizio del diritto di recesso di cui all'art. 67-duodecies, comma 2, del Codice del Consumo, la Compagnia provvederà a restituire l'intero premio versato. 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 decorso il periodo di trenta giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso;
- 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, nonchè di effettuare ulteriori approfondimenti nei casi di utilizzo di altra modalità di pagamento del premio;
- 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.

In relazione alle dichiarazioni fornite nel Questionario Mediolanum Personal Life Serenity allegato, che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale, si richiama l'attenzione sulle seguenti avvertenze a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario medesimo; c) anche nei casi non espressamente previsti da Mediolanum Vita, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con i relativi costi a suo esclusivo carico.

✍ **Firma del Contraente**

Fac Simile

Il Contraente dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: art. 1 “Oggetto della Copertura”; art. 4 “Prestazioni Liquidabili: Decesso”; art. 7 “Beneficiari”; art. 9 “Esclusioni della Prestazione per la Copertura Principale”; art. 9.1 “Esclusioni della Prestazione per la Copertura Complementare Infortuni”; art. 10 “Periodi di Carenza del Contratto”; art. 11 “Dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato - Incontestabilità”; art. 12 “Modifica delle Attività e dello Stato di Fumatore dell’Assicurato”; art. 12.1 “Passaggio da Stato di Non-Fumatore a Fumatore”; art. 12.2 “Passaggio da Stato di Fumatore a Non-Fumatore”.

✍ **Firma del Contraente**

Firma della Proposta

✍ **Firma del Contraente/Assicurando**

✍ **Firma dell’Assicurando***

* 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 (che dovrà essere effettuata alternativamente dal CF o dal FPS, con relativa firma)

Cognome e Nome del Consulente Finanziario abilitato all’offerta fuori sede	Codice	Codice Area	✍	Firma

Cognome e Nome del Family Protection Specialist	Codice	✍	Firma

Il Family Protection Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI ☐ NO ☐

Cognome e Nome	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 politicamente esposta, la titolarita’ 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.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO
Facsimile