



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

Mediolanum Life Protection

Modulo di proposta di assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a premio annuo

ID Raccomandazione Personalizzata

Data ultimo aggiornamento: 06/09/2024

Luogo Data di sottoscrizione N. di Proposta Mutuo

AGEVOLAZIONI

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

CONTRAENTE/ASSICURATO

COGNOME NOME

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)

PRESSO

INDIRIZZO - via / piazza e numero civico

C.A.P. LOCALITÀ (Comune) PROV. NAZ.

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

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 la revoca di quest'ultimo/i deve essere comunicata alla Compagnia. Ai fini della normativa anticiclaggio in vigore, la mancata indicazione delle informazioni relative al luogo e alla data di nascita del/dei Beneficiario/i comporta l'impossibilità all'instaurazione del rapporto.

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

031 Beneficiario/i designato/i in forma nominativa (se selezionato, 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)

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)

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

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

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

Fisso Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente-Assicurando⁽¹⁾:

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

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)

Titolare Effettivo 2 Già Cliente SI NO Codice Cliente* _____
Cognome _____ Nome _____
Sesso M F Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Luogo di Nascita

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

Residenza

Indirizzo _____ Numero Civico _____ CAP _____
Località (Comune) _____ Prov. _____ Nazione di residenza _____

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____
 Fisso Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione tra Titolare Effettivo 2 e il Contraente/Assicurando⁽¹⁾:

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

_____ (se scelto 4 specificare il tipo di relazione)

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.

REFERENTE TERZO

Il sottoscritto Contraente chiede, per esigenze specifiche di riservatezza, che in caso di decesso 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.

CONDIZIONE SOSPENSIVA

L'accettazione della presente proposta è subordinata all'effettiva erogazione del mutuo da parte di Banca Mediolanum.

IMPORTO E RATEAZIONE DEL PREMIO

ETÀ CONTRAENTE/ASSICURATO _____ ANNI FUMATORE NON FUMATORE

DURATA POLIZZA _____ ANNI IMPORTO CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____

PREMIO MENSILE LORDO € _____ RATEAZIONE AL PERFEZIONAMENTO MENSILE _____

Il premio annuo lordo, calcolato mensilmente, è determinato in funzione del capitale assicurato (sopra indicato), della durata del finanziamento, dell'età, dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato nonché dello status di fumatore/non fumatore dell'Assicurato, come descritto nel Set Informativo.

In relazione al premio sopra indicato, i costi complessivamente sostenuti dal Contraente sono pari a € _____, di tali costi una quota parte pari a € _____ viene percepita dall'Intermediario, Banca Mediolanum.

Resta inteso che, al variare dei parametri sopra elencati (capitale assicurato, durata del finanziamento, età, stato di salute, etc.), l'importo del premio e/o dei costi sopra indicati potrebbero subire modifiche.

In caso di variazioni, l'importo del Premio effettivamente dovuto sarà comunicato all'Aderente/Assicurato.

CARENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Chiedo l'esclusione del periodo di carenza, ai sensi dell'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, e sono consapevole della necessità di sottopormi a visita medica.

 Il Contraente-Assicurato _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO PREMIO

Il Sottoscrittore del modulo e intestatario del conto da addebitare coincide con il Contraente della Proposta di Polizza.

Il Sottoscrittore 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 SDD (a mezzo Sepa Direct Debit) 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 la Banca di inviare la relativa contabile di addebito.

Il sottoscrittore ha diritto di revocare il singolo addebito diretto SDD (a mezzo Sepa Direct Debit) fino al giorno stesso dell'addebito e di chiedere il rimborso di un addebito diretto SDD (a mezzo Sepa Direct Debit) 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. Le parti hanno facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, senza penalità e senza spese, 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 di Mediolanum Vita IT44003000001749470157

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO CORRENTE DA ADDEBITARE:

PAESE	CIN IBAN	CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO CONTO CORRENTE	N. PROPOSTA CONTO CORRENTE
I T			0 3 0 6 2	3 4 2 1 0		

Nel caso in cui il Contraente non sia intestatario o cointestatario del suddetto conto corrente*, indicare:

Cognome e Nome _____ **Cod. Cliente** _____

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.

_____ Data

_____ Firma Sottoscrittore SDD

* 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).

QUESTIONARIO SU STATO DI SALUTE, ATTIVITÀ PROFESSIONALE E SPORTIVA (Sezione da compilare per capitali assicurati fino a 200.000 €)

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione di una polizza assicurativa l'assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore diagnosticato prima dei 21 anni di età compiuti).

Tali termini, per il maturarsi dell'oblio oncologico, sono ridotti dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico per i seguenti tipi di tumore.

- 1 anno per tumore a: 1) colon-retto, stadio I, diagnosticato a qualsiasi età; 2) mammella, stadio I-II, diagnosticato a qualsiasi età; 3) testicolo, diagnosticato a qualsiasi età; 4) tiroide, per le donne diagnosticato prima del compimento dei 55 anni di età e per gli uomini prima del compimento dei 45 anni di età. Sono esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi;
- 5 anni per tumore a: 1) utero (corpo), diagnosticato a qualsiasi età; 2) linfomi di Hodgkin, diagnosticati prima del compimento dei 45 anni di età; 3) leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi), diagnosticate a qualsiasi età;
- 6 anni per tumore a: 1) utero (collo) e 2) melanoma, diagnosticati oltre il compimento dei 21 anni di età;
- 7 anni per tumore al colon-retto, stadio II-III, diagnosticato oltre il compimento dei 21 anni di età.

Qualora informazioni relative a patologie oncologiche venissero riportate dall'assicurato durante la fase assuntiva, le stesse si intendono riferite ad una patologia in atto.

Se la Compagnia fosse in possesso di informazioni fornite in precedenza, relative a patologie oncologiche per le quali è intervenuta la guarigione nei termini sopra indicati, l'assicurato può inviare, mediante raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata), l'apposita certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative che saranno emanate con Decreto del Ministero della salute nei termini indicati dalla Legge. In tal caso, la Compagnia non potrà più utilizzare tali informazioni ai fini della determinazione delle condizioni contrattuali.

Ai fini della presente copertura assicurativa, il Contraente/Assicurato deve rispondere obbligatoriamente alle seguenti domande in relazione a:

1. STATO DI SALUTE

- è mai stato ricoverato in ospedale o casa di cura negli ultimi cinque anni (salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, emorroidectomia, colecistectomia non dovuta a neoplasia, varici agli arti inferiori, meniscectomia, adeno-tonsillectomia, chirurgia estetica, parto) NO SI

- Soffre o ha mai sofferto di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| tumori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ipertensione | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| angine pectoris, infarto miocardico, ictus | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| attacco ischemico transitorio | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| epatite | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| diabete | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie renali e genitourinarie | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie neurologiche | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato muscoloscheletrico | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| infezione da HIV | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie del sangue | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie dell'apparato digerente | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| malattie della tiroide | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| paralisi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| altro _____ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

- è in attesa di ricovero o ha in previsione, nei prossimi sei mesi, di sottoporsi ad esami clinici o di consultare un medico specialista in relazione a malattie di cui al punto precedente NO SI
- si è mai sottoposto/a negli ultimi 12 mesi a terapie farmacologiche regolari e continuative per il trattamento delle patologie e/o disturbi indicati al punto precedente NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare idonea documentazione sanitaria attestante il proprio stato di salute. A titolo esemplificativo e non esaustivo allegare: certificati di visite specialistiche, esami strumentali ed ematochimici relativi e inerenti la patologia per la quale è stata data risposta affermativa nel presente questionario; nel caso si sia verificato un ricovero, allegare la cartella clinica.

 Il Contraente-Assicurato _____

2. ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività professionale svolta: _____

Il Contraente/Assicurato dichiara:

- di svolgere un'attività professionale che lo espone a particolari rischi (es. contatto con veleni, esplosivi, radiazioni, sostanze infiammabili, attività manuali svolte ad altezze oltre 10 mt, attività svolte sott'acqua o su piattaforme petrolifere, addetti alla demolizione, guida di mezzi pesanti, piloti di velivoli in genere, circensi, controfigure cinematografiche, minatori, scavatori di gallerie o tunnel, guardie del corpo, Forze Armate e Forze dell'Ordine, attività subacquee, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento (box, savate, lotta) e sport estremi in genere) NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare apposita dichiarazione attestante il proprio status professionale, la professione eventualmente svolta e contenente la descrizione dettagliata dei rischi ad essa connessi.

 Il Contraente-Assicurato _____

3. ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività sportiva/e praticata/e: _____

Il Contraente/Assicurato dichiara:

- di svolgere un'attività sportiva che lo espone a particolari rischi (es: attività subacquee, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento (box, savate, lotta) e sport estremi in genere) NO SI

AVVERTENZA:

in caso di risposta affermativa ad una delle domande è obbligatorio allegare apposita dichiarazione attestante la tipologia di attività sportiva praticata e contenente la descrizione dettagliata dei rischi ad essa connessi.

 Il Contraente-Assicurato _____

4. ALTRE DICHIARAZIONI

Il Contraente/Assicurato dichiara:

- che in passato gli è stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita NO SI
- di percepire una pensione di invalidità ovvero di aver presentato domanda per ottenerla NO SI

 Il Contraente-Assicurato _____

L'Assicurato:

- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino e
- conferisce mandato irrevocabile ai sensi dell'art. 1723 comma 2 c.c., a richiedere l'acquisizione di copia di eventuali documenti che le riportino, oltre che di cartelle cliniche di degenza e copia di accertamenti medici effettuati o eventualmente effettuati, ritenuti necessari dalla Compagnia.

 Il Contraente-Assicurato _____

Avvertenza:

le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente/Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

AVVERTENZA:

solo nel caso di copertura per importo superiore a 200.000 euro e/o nel caso di Cliente con età superiore ai 60 anni, il Contraente allegnerà, secondo le casistiche riportate all'interno delle Condizioni di Assicurazione, il Questionario Anamnestico o il Rapporto di visita medica debitamente compilato.

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 all'adeguatezza 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) e di voler prestare il consenso al trattamento dei dati di natura particolare.

Il Contraente-Assicurato _____

Il Contraente dichiara:

- di aver versato o dato incarico a Banca Mediolanum di versare il premio sopra riportato a titolo di rata lorda di perfezionamento del contratto che si ritiene concluso il giorno di incasso del suddetto premio da parte della Compagnia;
- **di essere a conoscenza e di prendere atto che a partire dal giorno in cui il contratto è concluso può esercitare la propria facoltà di recedere dallo stesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza, che sarà comunicata dalla Compagnia nel Documento di Polizza; in considerazione delle finalità della polizza e dell'esigenza manifestata dal contraente la copertura decorrerà da tale data anche in caso di collocamento della polizza a distanza, fermo il diritto di recesso entro il termine di 60 giorni contrattualmente pattuito. In entrambi i casi il premio versato - al netto della eventuale quota del premio relativa al rischio corso nel periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto - sarà rimborsato;**
- di essere a conoscenza di poter esercitare la revoca della proposta secondo quanto indicato all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione;
- 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;
- di aver ricevuto ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018: (i) il documento contenente l'informativa sul distributore, (ii) l'elenco delle regole di comportamento del distributore e (iii) il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-ibip;
- di avere la residenza anagrafica nel territorio dello Stato Italiano. Si impegna pertanto a comunicare tempestivamente alla Compagnia l'eventuale variazione di residenza. In tal caso, la Compagnia recede dal Contratto e comunica al Contraente che la polizza rimane attiva solo fino alla successiva ricorrenza annuale.

In relazione alle dichiarazioni rilasciate nel Questionario su stato di salute, attività professionale e sportiva precedentemente fornite e alle dichiarazioni rilasciate nel Questionario Anamnestico allegato, 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.**

Il Contraente-Assicurato _____

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 8 "Periodi di Carenza del Contratto"; 9 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Incontestabilità"; 10 "Modifica delle Attività e dello Stato di Fumatore dell'Assicurato"; 10.1 "Passaggio da Stato di Non-Fumatore a Fumatore"; 10.2 "Passaggio da Stato di Fumatore a Non-Fumatore"; 12 "Pagamento del Premio"; 13 "Mancato pagamento del Premio"; 15 "Conclusione del Contratto"; 16 "Decorrenza degli Effetti del Contratto"; 19 "Estinzione Anticipata Totale o Trasferimento del Mutuo - Risoluzione del Contratto"; 21 "Costi applicati sul Premio".

Il Contraente-Assicurato _____

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 in allegato al presente Modulo) è resa nota alla società attraverso la compilazione della "Scheda anagrafica e modulo di adeguata verifica", messa a disposizione dal soggetto Distributore, che si allega al presente modulo.
- Dichiaro, dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in fondo al presente modulo, che il/i BENEFICIARIO/I della prestazione assicurativa (ovvero il titolare effettivo del beneficiario, qualora quest'ultimo sia una persona non fisica) designato/i in forma nominativa ovvero in forma generica* NON è/sono Persona/e Esposta/e Politicamente o soggetto 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 Titolare Effettivo 1:

Motivazione 4° Beneficiario Titolare Effettivo 2:

Inoltre, in qualità di Contraente d el 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, art. 2 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 l'operazione ha avuto origine e dove non possibile in un conto da me specificato (aperto a mio nome e detenuto presso un istituto di credito Italiano) (art. 42 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
- di essere consapevole che le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" potranno essere comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo Gruppo ai sensi dell'art. 39 comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

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

Il Contraente-Assicurato _____

FIRMA DELLA PROPOSTA

Il Contraente-Assicurato _____

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 CS, con relativa firma)

Cognome e Nome del Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede _____ Codice _____ Codice Area _____ Firma _____

Cognome e Nome del Credit Specialist _____ Codice _____ Firma _____

Il Credit Specialist è di supporto nella trattativa con il contraente? SI NO

Cognome e Nome _____ 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:

- 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;
- 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;
- sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.