

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 REA _____ Data iscrizione _____ Provincia CCIA _____

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) _____

fac-simile

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⁾ della Persona assicurata**

027 **Il coniuge o, in mancanza, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi⁽²⁾ della Persona assicurata**

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 è erogata in parti uguali ai beneficiari designati.

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

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

⁽³⁾ I Beneficiari designati per classi o categorie si intendono i soggetti in vita al momento del decesso della Persona assicurata, che ricomprendono pertanto anche i soggetti nascituri successivi alla presente sottoscrizione. La prestazione è 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) _____

N.B. I dati personali sono acquisiti e trattati esclusivamente per le finalità indicate nel contratto e secondo gli obblighi stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente.

CONDIZIONI PER LA VALIDITÀ DELLA POLIZZA

La validità della Polizza dipende da 2 condizioni:

- la valutazione positiva, da parte della Compagnia, delle informazioni sullo stato di salute, attività professionale e sportiva nonché stile di vita e abitudini del Contraente/Assicurando, e l'incasso del premio;
- l'erogazione del Mutuo da parte di Banca Mediolanum.

ESCLUSIONE DEL PERIODO DI CARENZA

Il sottoscritto Contraente chiede l'esclusione del periodo di carenza di 6 mesi, come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, ed è consapevole della necessità di sottoporsi a una visita medica.

 Il Contraente/Assicurando _____

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA E PREMIO

ETÀ CONTRAENTE/ASSICURANDO _____ ANNI FUMATORE NON FUMATORE

DURATA POLIZZA _____ ANNI (coincide con la durata originaria del mutuo)

IMPORTO CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € _____

PREMIO DI POLIZZA LORDO € _____

IL PREMIO DI POLIZZA

Il Premio di Polizza lordo è determinato in funzione del capitale assicurato e della durata del mutuo, oltre all'età, allo stato di salute, alle abitudini di vita, all'attività professionale e sportiva svolta nonché dallo status di fumatore/non fumatore del Contraente/Assicurando, come contrattualmente previsto.

COME PAGARE IL PREMIO DI POLIZZA

Il Premio di Polizza lordo è unico, cioè viene pagato una sola volta **all'atto dell'erogazione del mutuo mediante bonifico bancario intestato a Mediolanum Vita S.p.A., attraverso Banca Mediolanum.**

Il totale dei costi, compresi nel premio, è pari ad € _____ di cui € _____ rappresenta l'importo che spetta al Distributore a titolo di provvigione.

Resta inteso che, se cambiano i dati 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 al Contraente/Assicurando.

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/Assicurando 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 |

fac-simile

- 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/Assicurando _____

2. ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività professionale svolta: _____

Il Contraente/Assicurando 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/Assicurando _____

3. ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività sportiva/e praticata/e: _____

Il Contraente/Assicurando 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/Assicurando _____

4. ALTRE DICHIARAZIONI

Il Contraente/Assicurando dichiara:

- che in passato gli è stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita
- di percepire una pensione di invalidità ovvero di aver presentato domanda per ottenerla

NO SI
 NO SI

 Il Contraente/Assicurando _____

Il Contraente/Assicurando:

- 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/Assicurando _____

Avvertenza:

le dichiarazioni non vere, corrette e complete rese dal Contraente/Assicurando richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto a ricevere il Capitale assicurato.

AVVERTENZA:

solo nel caso di Capitale assicurato superiore a € 200.000 e/o nel caso di 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/Assicurando:

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/Assicurando 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/Assicurando, 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/Assicurando dichiara altresì di essere informato della possibilità di poter richiedere in ogni momento, accedendo al sito della Compagnia www.mediolanumvita.it, le credenziali di accesso all'Area Riservata del predetto sito per la consultazione e la gestione telematica della propria posizione assicurativa (c.d. Home Insurance).

Il Contraente/Assicurando dichiara infine di aver preso visione di quanto contenuto nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi della normativa vigente in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679) e di voler prestare il consenso al trattamento dei dati di natura particolare.

 Il Contraente/Assicurando _____

Il Contraente/Assicurando 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 e potrà, in tutto o in parte, essere utilizzato per ridurre il debito residuo del finanziamento;
- di essere a conoscenza di poter esercitare la revoca della proposta secondo quanto indicato all'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione;
- 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/Assicurando 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/Assicurando _____

CONDIZIONI DA APPROVARE IN MODO SPECIFICO

Il Contraente/Assicurando dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione tempo per tempo vigenti: art. 2 - Chi può essere assicurato con Mediolanum Life Protection; art. 4 - Garanzia Decesso; art. 5 - Chi non può essere assicurato con Mediolanum Life Protection; art. 6 - Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga il Capitale Assicurato (periodi di carenza); art. 8 - Casi in cui non si ha diritto a ricevere il Capitale Assicurato (le esclusioni); art. 10 - Modifica dell'attività professionale o sportiva e dello stato di fumatore della Persona assicurata; art. 11 - Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro); art. 16 - Quanto dura la Polizza e da quando non si è più assicurati; art. 17 - Rimborso anticipato o trasferimento del mutuo; art. 17.1. - Rimborso anticipato di una parte del mutuo (estinzione anticipata parziale); art. 17.2. - Rimborso anticipato dell'intero mutuo (estinzione anticipata totale); Art. 18. - Diritto di ripensamento (la revoca e il recesso).

Il Contraente/Assicurando _____

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 sua 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/Assicurando 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, 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 anticiclaggio in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia in ogni caso comunicherà al Contraente/Assicurando 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/Assicurando _____

FIRMA DELLA PROPOSTA

Il Contraente/Assicurando _____

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:
- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
 - 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
 - 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.