mediolanum
INTERNATIONAL LIFE

Mediolanum International Life dac - Rappresentanza Generale per l'Italia: Palazzo Fermi, Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - Sede Legale: The Exchange, George's Dock, IFSC, Dublin 1 - D01 P2V2 - Ireland - VAT registration number IE n. 8255456O Company registration number n. 255456 - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 03952590960 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa iscritta al n. 1.00041 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum iscritto al n. 055 del Registro italiano dei Gruppi Assicurativi rappresentanzamill@pec.mediolanum.it
www.mediolanuminternationallife.it

MEDIOLANUM
DOUBLE TARGET

Proposta di Polizza di Assicurazione Vita

Spettabile
Mediolanum International Life dac
Succursale di Milano
Via Ennio Doris - 20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

ID Report Adeguatezza _____

Data ultimo aggiornamento: 19 gennaio 2024

Luogo _____ Data di sottoscrizione _____

Gentile Cliente,
Mediolanum International Life dac le offre la possibilità di accettare, con la sottoscrizione del presente Modulo, la Proposta di assicurazione sulla vita alle condizioni previste nel Set informativo costituito, oltreché dal presente Modulo, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento del Fondo Interno, dal Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID) nonché dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (c.d. DIP aggiuntivo IBIP). Si precisa che i contenuti di questi documenti costituiscono complessivamente la Proposta contrattuale della Compagnia ("Proposta").

Mediolanum International Life dac
Il Rappresentante Generale per l'Italia
Massimo Grandis

Dati Anagrafici

Contraente/Assicurando

_____ _____ F G
Cognome o Ragione Sociale — Nome — Persona

_____ _____
Codice Fiscale / Partita Iva (obbligatorio) — Codice Cliente (obbligatorio se già Cliente)

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

_____
Presso

_____ _____ _____
Via / piazza — Indirizzo — Numero civico

_____ _____ _____ _____
C.a.p. — Località (Comune) — Prov. — Naz.

Rappresentante legale* (da compilare se il Contraente è una persona giuridica o una persona fisica incapace di agire)

* In caso di persona giuridica è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica incapace di agire è il soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno. La Compagnia deve essere in possesso dei documenti in corso di validità comprovanti i poteri del rappresentante legale di sottoscrivere in nome e per conto del Contraente (es. procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale, provvedimento giudice tutelare).

_____ _____
Cognome — Nome

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

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

_____ _____
Cognome — Nome

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

Relazione con il Contraente[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). Se il Contraente è una persona giuridica, indicare il tipo di relazione esistente con il Titolare Effettivo della Società Contraente.

Fac Simile

Beneficiari

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

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

Beneficiario in caso di vita dell'Assicurato

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

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

Beneficiario Persona Fisica

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

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

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[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)[1]:

_____ _____

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

Il sottoscritto Contraente chiede alla Compagnia di:

❑ inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

❑ non inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

Beneficiario Persona Giuridica

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 _____

Fac Simile

❑ 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)[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)

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

_____ _____

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

Il sottoscritto Contraente chiede alla Compagnia di:

❑ inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

❑ non inviare comunicazioni prima dell'evento al Beneficiario sopra indicato

Fac Simile

Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato

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

Beneficiario Persona Fisica

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

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo di Nascita

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

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

❑ Fisso ❑ Cellulare

E-mail (se disponibile) _____

Relazione con il Contraente/Assicurando[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)[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)[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 _____

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 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)[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) _____

Fac Simile

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)[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)

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

Fac Simile

* 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) 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). Se il Contraente è una persona giuridica, indicare il tipo di relazione esistente con il Titolare Effettivo della Società Contraente.

(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 dell'Assicurato la Compagnia possa fare riferimento ad un Referente terzo (diverso dal Beneficiario) di seguito nominato:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Residenza

Indirizzo _____ _____ Numero Civico _____ CAP _____

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

Recapito Telefonico

Prefisso internazionale (Non obbligatorio) _____ Prefisso _____ Telefono _____

E-mail (facoltativa) _____

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

Piano dei premi

Premio Unico € _____
(min. € 10.000,00)

Mediolanum Double Target _____
(scrivere accuratamente la sigla del prodotto)

Fondo Interno Abbinato (obbligatorio)

☒ _____ **100** **%**

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

Modalità di Pagamento Premio

❑ **Bonifico bancario da Banca Mediolanum**
Io Contraente, in quanto intestatario del seguente c/c aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., Vi autorizzo a richiedere il trasferimento dell'importo indicato, relativo alla presente sottoscrizione, a favore di Mediolanum International Life dac.

❑ IBAN _____

❑ Conto corrente in apertura proposta n. _____

❑ **Assegno bancario "non trasferibile"** all'ordine di **Mediolanum International Life dac***

❑ Assegno Banca Mediolanum

Tipo	Importo	Numero	Data Emissione
Bancario			

❑ Assegno altra Banca

Tipo	Importo	Numero	Banca emittente/trassata	ABI/CAB	Data Emissione
Bancario					

Gli assegni si intendono accettati salvo buon fine.

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

Modalità di liquidazione delle prestazioni nel corso della durata contrattuale

Richiedo che le prestazioni previste nel corso della durata del contratto (importi periodici) siano liquidate mediante accredito sul c/c a me intestato i cui estremi sono di seguito riportati:

❑ (*) Verso c/c di Banca Mediolanum IBAN _____
(*) se non compilato si considera valido il medesimo conto corrente di Banca Mediolanum indicato per il pagamento del Premio unico

❑ Verso c/c di altra Banca IBAN _____

Fac Simile

Richiesta invio comunicazione esclusivamente tramite internet

❑ In quanto utente del servizio di Banca Diretta per via telematica offerto dal Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., con la sottoscrizione della presente sezione richiedo che l'invio dell'informativa prevista dalla normativa tempo per tempo vigente, ivi compresa quella relativa al rendiconto annuale, al Documento di Polizza, alle modifiche essenziali intervenute con riguardo al prodotto, venga, in tutti i casi consentiti dalla normativa vigente, effettuato esclusivamente mediante comunicazioni telematiche, purché abbia comunicato alla Compagnia un indirizzo e-mail, anche mediante invio dell'apposita Scheda Anagrafica al Distributore.

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

A tal fine:

- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che nè la Società nè la Banca saranno responsabili per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo delle stesse e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonchè per ragioni cautelari;
- prendo altresì atto che da tale richiesta saranno esclusi i documenti che la Società, a suo insindacabile giudizio, vorrà spedirmi anche in via cartacea.

(In assenza di esplicita richiesta l'informativa sarà inviata su supporto duraturo cartaceo ovvero, a scelta della Compagnia, non cartaceo in formato elettronico PDF, (es. pen-drive), laddove ritenuto utile per una più agevole consultazione, all'indirizzo di corrispondenza da me sopra indicato). Resta salvo il mio diritto di modificare la scelta operata in corso di contratto richiedendo, anche per il tramite del Soggetto Distributore, l'invio su supporto duraturo cartaceo o non cartaceo.

✍ **Il Contraente** _____

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

- Scopo del rapporto: ❑ Risparmio ❑ Investimento
- Dichiaro dopo aver preso attenta visione dell'informativa posta in allegato al presente modulo, di NON essere Persona Esposta Politicamente o soggetto collegato a Persona Esposta Politicamente (c.d. PEP le cui definizioni sono riportate in allegato al presente Modulo). In caso contrario, dichiaro di essere Persona Esposta Politicamente per la seguente motivazione:

  _____

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

  Motivazione 1° Beneficiario Caso Vita:

  _____

  Motivazione 2° Beneficiario Caso Vita Titolare Effettivo 1:

  _____

  Motivazione 2° Beneficiario Caso Vita Titolare Effettivo 2:

  _____

  Motivazione 1° Beneficiario Caso Morte:

  _____

  Cognome _____ Nome _____

  Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

  Motivazione 2° Beneficiario Caso Morte:

  _____

  Cognome _____ Nome _____

  Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Fac Simile

Motivazione 3° Beneficiario Caso Morte:

_____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Motivazione 4° Beneficiario Caso Morte Titolare Effettivo 1:

_____

Motivazione 4° Beneficiario Caso Morte Titolare Effettivo 2:

_____

- Inoltre, in qualità di Contraente del presente contratto di assicurazione dichiaro:

- consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni (art. 55 e ss. del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), di confermare i dati e le informazioni riportati nell'ultimo aggiornamento della "Scheda anagrafica e modulo per l'adeguata verifica della clientela" di Banca Mediolanum S.p.A. e di confermare i dati e le informazioni riportati nella "Scheda anagrafica e modulo per l'adeguata verifica della clientela" di Banca Mediolanum S.p.A. e di aver fornito tutte le informazioni necessarie e aggiornate, anche con riferimento al beneficiario della prestazione assicurativa o al titolare effettivo (cfr. art. 20 del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.), per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica secondo la legislazione vigente. Garantisco che le stesse sono esatte e veritiere, e mi impegno a comunicare ogni futura ed eventuale modifica alla Compagnia (cfr. art. 22, D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.);
- di essere consapevole che l'efficacia del contratto è condizionata, anche successivamente al perfezionamento dello stesso, allo svolgimento da parte della Compagnia dell'adeguata verifica della clientela e del Terzo Pagatore, qualora presente, ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio, in un termine indicativo di 30 giorni dalla sottoscrizione del Contratto. La Compagnia provvederà pertanto a fornirmi conferma di avvenuta esecuzione del contratto. Il sottoscritto prende quindi atto che, nelle ipotesi di sospensione dell'efficacia del contratto, il valore delle quote del Fondo Interno abbinato che saranno acquistate dalla Compagnia potrà differire anche in misura sensibile - in funzione dell'andamento di mercato - rispetto al valore delle stesse se acquistate nei termini ordinariamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione non considerando il suddetto periodo di sospensione;
- di essere consapevole che la Compagnia, qualora si trovasse nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), D.Lgs. 231/2007, si asterrà dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari (art. 42, 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.

✍ **Il Contraente** _____

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

Fac Simile

Dichiarazioni e Firme

Prendo atto che ai sensi dell'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato, Mediolanum International Life dac corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto un capitale pari al:

- 101% del maggiore tra il totale del premio versato alla data di denuncia del sinistro e il controvalore complessivo delle quote del Fondo Interno riferite al Contratto, se alla data di sottoscrizione della presente proposta l'Assicurato ha un'età pari o inferiore ai 75 anni (ossia non ha ancora compiuto 76 anni),
- ovvero al 101% del controvalore complessivo delle quote del Fondo Interno, se alla data di sottoscrizione l'Assicurato ha un'età superiore ai 75 anni (ossia ha già compiuto 76 anni).

✍ **Il Contraente** _____

Prendo atto che ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private), posso recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla Data di conclusione del Contratto (coincidente con la data di sottoscrizione del presente modulo), dandone comunicazione scritta tramite il consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede di Banca Mediolanum oppure direttamente a Mediolanum International Life DAC - succursale di Milano; se il recesso viene esercitato prima che siano state avviate le attività di investimento degli attivi del Fondo Interno (durante il Periodo di Valorizzazione Iniziale), la Compagnia rimborserà, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, il premio versato senza spese né corrispettivi. Nel caso in cui - al momento di ricezione della comunicazione - la Compagnia avesse già avviato le attività di investimento, la Compagnia rimborserà un valore corrispondente al valore delle quote del Fondo Interno nel secondo giorno di valorizzazione successivo, al netto delle spese previste per l'emissione del contratto.

Con riferimento a quanto precede, prendo altresì espressamente atto che:

- poiché il Contratto si conclude con la consegna del presente Modulo debitamente sottoscritto dal Contraente al Soggetto Distributore, non è prevista la possibilità di revoca della proposta;
- ai sensi dell'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione, l'efficacia del Contratto resterà in ogni caso sospesa per un periodo di sette giorni decorrenti dalla data di conclusione del Contratto stesso ed entro detto termine potrò comunicare il mio recesso senza spese né corrispettivo;
- in conformità a quanto previsto dall'art. 67-duodecies, comma 2, e dall'art. 67-terdecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005, se

il Contratto è concluso a distanza e il Contraente è un "consumatore" l'avvio dell'esecuzione del Contratto è consentita solo previa richiesta del consumatore, fermo restando il diritto del medesimo di recedere entro 30 giorni in conformità a quanto sopra ricordato.

Preso atto di tutto quanto precede, richiedo l'avvio dell'esecuzione del Contratto decorso il periodo di sette giorni sopra indicato, consapevole che - qualora non intenda acconsentire a quanto precede - posso prendere contatti con Banca Mediolanum o con un suo consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede per concordare differenti modalità di sottoscrizione del Contratto stesso.

✍ **Il Contraente** _____

Autocertificazione ai fini Fatca e Crs[1]: La Compagnia intende adottare le misure eventualmente necessarie per adempiere agli obblighi imposti (i) dalle disposizioni della Legge per la Conformità Fiscale dei Conti Esteri ("FATCA", Foreign Account Tax Compliance Act) o (ii) da altri obblighi imposti ai sensi della legge irlandese scaturenti dall'accordo intergovernativo fra il Governo degli Stati Uniti d'America e il Governo irlandese ("IGA") al fine di garantire la conformità o la presunta conformità (a seconda dei casi) con le disposizioni FATCA o l'IGA a partire dal 1° luglio 2014.

Il Contraente fornirà alla Compagnia o al Distributore le necessarie dichiarazioni, convalide e/o classificazioni FATCA nei termini eventualmente richiesti da ciascuno di tali soggetti, nonché a fornire certificati e documenti giustificativi che gli stessi potranno ragionevolmente richiedere in relazione al presente investimento in virtù delle disposizioni FATCA o dell'IGA, come sopra descritto, salvo disposizioni diverse. Qualora le informazioni fornite a tali soggetti divenissero in qualche maniera imprecise o incomplete, il Contraente ne darà tempestiva comunicazione alla Compagnia o al Distributore e adotterà immediatamente le misure che la Compagnia o il Distributore potranno indicare, incluso l'eventuale riscatto della polizza in relazione alle quali tali convalide siano divenute incomplete o imprecise ove richiesto dalla Compagnia o dal Distributore. Ove previsto, comunicherà alla Compagnia o al Distributore ogni cambiamento del proprio status di residenza fiscale. Il Contraente si impegna a indennizzare e tenere indenne la Compagnia o il Distributore da ogni perdita, responsabilità, costo o spesa (incluse, senza limitazione alcuna, le spese legali, le imposte e le ammende) che possano derivare direttamente o indirettamente dal mancato adempimento dei propri obblighi ai sensi della presente sezione o dalla omessa comunicazione delle informazioni richieste dalla Compagnia o dal Distributore, nonché derivante da falsa dichiarazione o violazione di garanzie, condizioni, convenzioni o accordi presi con la Compagnia o con il Distributore.

Il Contraente è consapevole inoltre che il mancato rispetto degli obblighi di cui sopra o il mancato rilascio delle informazioni necessarie richieste possono comportare il riscatto obbligatorio dell'intera polizza e che la Compagnia è autorizzata a trattenere dal valore del riscatto/liquidazione della prestazione dovuta al Contraente la somma ritenuta sufficiente, al netto della deduzione degli eventuali costi. Il Contraente si impegna a indennizzare e tenere indenne la Compagnia da ogni perdita dalla stessa subita che derivi da eventuali obblighi o responsabilità a provvedere a tale deduzione, trattenuta o addebito.

Confermo di NON essere un cittadino statunitense o residente ai fini fiscali negli Stati Uniti.

Dichiaro che le informazioni sopra fornite sono, per quanto a mia conoscenza, accurate e complete. Mi impegno ad avvisare tempestivamente la Compagnia e a fornire un'Autocertificazione aggiornata qualora intervengano cambiamenti a seguito dei quali le informazioni riportate nel presente modulo non fossero più corrette.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione autorizzo la Compagnia a trasmettere al Soggetto Distributore tutte le informazioni utili ad aggiornare, ove necessario, i miei dati anagrafici ai fini di adempiere agli obblighi imposti dalla normativa FATCA. Prendo altresì atto che, in determinate circostanze, la Compagnia/Soggetto Distributore potrà richiedere ulteriori dati e/o documenti. Il Sottoscritto - ai fini della Legge 18 giugno 2015 n. 95, della sezione 891E, 891F e 891G del Taxes Consolidation Act Irlandese (Testo Unico delle imposte) del 1997 (e successive modifiche) - adeguata verifica fiscale ai fini dello scambio automatico delle informazioni finanziarie in applicazione dell'Accordo Multilaterale c.d. Common Reporting Standard ("CRS") ed ai fini dell'Accordo Intergovernativo stipulato dall'Italia e gli Stati Uniti in materia di FATCA, ratificato con la Legge 18 giugno 2015, n. 95 - attesta di avere la residenza fiscale esclusivamente nel Paese, o nei Paesi, dichiarati nella scheda anagrafica anche qualora la corrispondenza relativa al presente contratto fosse domiciliata in Paese diverso e si impegna a comunicare ogni eventuale modifica a tali informazioni. Si noti che, compilando il presente modulo, si forniscono informazioni personali che possono costituire dati personali ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (697/2016/UE) (il "GDPR") e della normativa irlandese applicabile in materia di protezione dei dati (attualmente gli Irish Data Protection Act dal 1988 al 2003). Si noti che, in talune circostanze, potremmo essere tenuti ai sensi di legge a comunicare tali informazioni, e altre informazioni finanziarie riguardanti le quote di partecipazione nel Fondo, alle autorità tributarie irlandesi, ovvero i Revenue Commissioners. Queste possono a loro volta trasmettere tali informazioni e altre informazioni finanziarie ad autorità tributarie estere, anche esterne all'UE. Per qualsiasi dubbio in merito al presente modulo o alla definizione dello status di Contraente sotto il profilo della residenza fiscale, si raccomanda di rivolgersi a un consulente tributario o all'autorità tributaria locale. Per ulteriori informazioni e indicazioni sul FATCA o sul CRS, si rimanda al sito web dell'autorità tributaria irlandese e dell'OCSE: http://www.revenue.ie/en/business/aeoi/index.html

Protezione dei dati - Informativa per i clienti:

Lo standard comune di comunicazione di informazioni (Common Reporting Standard, CRS), formalmente denominato "standard per lo scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali", è uno standard informativo per lo scambio automatico di informazioni sviluppato in seno all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). Ai sensi del CRS, gli istituti finanziari dei Paesi partecipanti sono tenuti a raccogliere determinate informazioni dai Contraenti (e, in particolari situazioni, anche informazioni relative ai pertinenti Soggetti controllanti degli stessi). Ai sensi del CRS, le informazioni sul Contraente (e, in particolari situazioni, quelle relative ai pertinenti Soggetti controllanti dello stesso) devono essere comunicate all'autorità tributaria del Paese in cui è detenuta la polizza; se si tratta di un Paese diverso da quello in cui risiede il Contraente, tali informazioni verranno comunicate alla pertinente autorità tributaria del Paese di residenza del Contraente, purché tale Paese aderisca al CRS. Le informazioni comunicabili includono nome, cognome, indirizzo, luogo e data di nascita, controvalore della polizza, eventuali pagamenti, compresi i rimborsi e i versamenti di dividendi e/o interessi, residenza/e fiscale/i e codice/i fiscale/i.

Fac Simile

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web dell'OCSE, http://oecd.org/tax/automatic-exchange/, e sul sito web dell'autorità tributaria irlandese, https://www.revenue.ie/en/companies-and-charities/international-tax/aeoi/index.asp.

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

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

✍ **Il Contraente** _____

(1) Consultare la relativa sezione allegata al presente Modulo.

Il sottoscritto Contraente:

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

  ❏ NON CARTACEA; dichiara di essere in grado di consultare e gestire autonomamente documenti in formato file elettronico PDF e pertanto di accettare che copia dei documenti relativi all'investimento vengano consegnati in formato file elettronico PDF, archiviati su supporto elettronico durevole (ad es. Pendrive, Cd-Rom, Dvd, ecc.). Sono informato della possibilità di poter comunque richiedere in ogni momento copia cartacea dei documenti sotto menzionati anche con riferimento al Documento contenente le informazioni chiave relativo al prodotto, la cui versione aggiornata è disponibile nel sito della Compagnia.

  ❏ CARTACEA.

Qualora non sia stata contrassegnata alcuna casella, si intenderà prescelta la modalità di consegna cartacea;

- **dichiara di essere stato informato dei rischi connessi all'investimento finanziario, come descritti alla sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?" del KID e del DIP aggiuntivo IBIP, e di aver ricevuto gratuitamente, letto ed accettato in ogni loro parte, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente Proposta di Polizza il Set informativo composto dal Documento contenente le informazioni chiave (c.d. KID) relativo al prodotto, dal DIP aggiuntivo IBIP e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e del Regolamento del Fondo Interno;**
- dichiara di aver ricevuto ai sensi dell'art. 133 comma 2 del Regolamento Intermediari: (i) l'informativa sul distributore assicurativo e (ii) l'informativa sul prodotto d'investimento assicurativo e sull'attività di distribuzione assicurativa.

Dichiara altresì di aver compreso e di prendere atto che:

la politica d'investimento del Fondo Interno, cui è collegato il Contratto, mira a preservare il valore del capitale investito e a perseguire, al contempo, l'ottenimento di un rendimento alla Data di Scadenza. Tuttavia, il Contratto non prevede alcuna garanzia di rendimento e/o di conservazione del capitale investito; il sottoscritto si assume quindi il rischio che il valore delle quote del Fondo Interno possa ridursi nel corso della durata del Contratto, dichiarandosi consapevole che, per effetto dei rischi finanziari connessi ai titoli e agli altri strumenti/prodotti finanziari in cui il Fondo Interno investe, vi è la possibilità che il/i beneficiario/i ottenga/no in caso di rimborso, riscatto e/o di morte dell'Assicurato, un ammontare inferiore, anche significativamente rispetto all'investimento iniziale.

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

Dichiara di aver ricevuto l'"Informativa sugli strumenti finanziari" e il "Documento informativo sulle principali regole di comportamento del consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede nei confronti dei clienti o dei potenziali clienti" disponibili anche nell'edizione aggiornata delle "Norme di Banca Mediolanum" e sul sito www.bancamediolanum.it. Dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali trasmessa dal Soggetto Distributore ai sensi della vigente normativa in materia di dati personali (Regolamento UE 2016/679), e di aver prestato il mio consenso al trattamento dei propri dati in relazione alla presente proposta.

Il sottoscritto prende atto che, ai sensi dell'art. 13 della Tariffa allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642, l'imposta di bollo applicata alle comunicazioni periodiche e alle operazioni di riscatto totale e parziale o in caso di sinistro sarà assolta in modo virtuale da Mediolanum Internationnal Life dac e sarà trattenuta al momento del pagamento della prestazione. Con la sottoscrizione della presente Proposta, il sottoscritto accetta di sottoscrivere il Contratto di assicurazione sulla vita relativo al prodotto d'investimento assicurativo denominato "Mediolanum Double Target Growth and Income 2030" come sopra indicato. La Compagnia dichiara di venire a conoscenza della suddetta accettazione al momento della firma della presente Proposta, per il che il presente Contratto si intende concluso.

Il sottoscritto Contraente dichiara che il conto corrente da cui proviene il pagamento del Premio, utilizzato per la sottoscrizione della presente proposta, è a lui stesso intestato.

La Compagnia si riserva comunque di richiedere idonea documentazione comprovante l'intestazione del rapporto nonchè di effettuare ulteriori approfondimenti nei casi di utilizzo di altra modalità di pagamento del premio.

Il sottoscritto prende atto ed accetta che l'efficacia del Contratto è, in ogni caso, anche successivamente al suo perfezionamento, condizionata (i) allo svolgimento dell'adeguata verifica della clientela ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio e (ii) all'effettuazione di controlli atti a verificare il permanere dell'adeguatezza della presente operazione ai sensi della normativa vigente. Qualora le predette condizioni non si realizzassero - o qualora sussistessero ulteriori impedimenti di carattere normativo alla regolare conclusione e/o stipulazione del contratto - il Contratto stesso si intenderà risolto di diritto.

Conferma infine di aver ricevuto e di aver preso visione, prima della presente sottoscrizione, dell'informativa sui costi e oneri e sul loro effetto sul rendimento, nonchè, in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di investimento della Banca, dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo all'adeguatezza dell'operazione

Fac Simile

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

L'Assicurando* _____

✍ **Il Contraente** _____

* Da firmare obbligatoriamente qualora l'Assicurando non coincida con il Contraente.

Il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: l'art. 1 (Oggetto del Contratto), l'art. 3 (Prestazione alla scadenza del Contratto), l'art. 5 (Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato), l'art. 7 (Investimento del premio e attribuzione delle quote del Fondo Interno), l'art. 10 (Documentazione richiesta per il pagamento delle prestazioni), l'art. 12 (Pagamento del premio), l'art. 13 (Periodo di Sottoscrizione), l'art. 14 (Conclusione del Contratto), l'art. 15 (Decorrenza del contratto (Data di Decorrenza)), l'art. 16 (Durata del Contratto), l'art. 17 (Diritto di recesso), l'art. 18 (Riscatto Totale), l'art. 19 (Costi e oneri collegati al Contratto) e l'art. 25 (Modifiche del contratto).

✍ **Il Contraente** _____

Fac Simile

Spazio riservato ai Soggetti Incaricati della Distribuzione **per l'identificazione dei Firmatari del presente modulo**

Cognome e nome del Consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede	✍ Firma	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 legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
   - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Obblighi del cliente

Art. 22 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonchè le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purchè stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Sanzioni

Art. 55, comma 3 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Obblighi di astensione

Art. 42 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo nè verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Fac Simile

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI FATCA E CRS: Ai sensi della Sezione 891E, Sezione 891F e Sezione 891G del Taxes Consolidation Act irlandese (Testo Unico delle Imposte) del 1997 (e successive modifiche) e della normativa emanata in conformità a tale sezione, la Compagnia è tenuta a raccogliere talune informazioni sul regime fiscale di ogni Contraente qualora non sia vietato dalla legge irlandese. Si prega di notare che in alcune circostanze la Compagnia potrebbe essere tenuta a condividere tali informazioni con le autorità tributarie preposte.
In relazione a quanto previsto dalle normative FATCA e CRS, le informazioni riguardanti il cliente (e il relativo titolare effettivo, quando applicabile) che possono essere trasmesse alle autorità competenti includono: nome, indirizzo, data e luogo di nascita, numero di contratto, controvalore o controvalore a fine anno (o, nel caso il contratto fosse stato chiuso durante l'anno, il controvalore o controvalore alla data di chiusura del contratto stesso), qualsiasi pagamento (compresi disinvestimenti e gli eventuali importi periodici) effettuato sul contratto durante l'anno solare, la residenza fiscale e il codice fiscale.

Note per la compilazione:
Tutti i termini sono intesi come definiti nel testo dell'Accordo tra il Governo irlandese e il Governo degli Stati Uniti finalizzato a migliorare il rispetto degli adempimenti fiscali internazionali e ad attuare il FATCA (Agreement between the Government of the United States of America to Improve International Tax Compliance and to Implement FATCA). Ulteriori informazioni su FATCA e CRS sono disponibili sui seguenti siti Web rispettivamente http://www.revenue.ie/en/business/aeoi/index.html e http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange.

Qualora le informazioni di cui sopra relative alla residenza fiscale o classificazione FATCA/CRS del Contraente dovessero cambiare in futuro, si prega di darne immediata comunicazione alla Compagnia.

Il Contraente è tenuto a compilare e sottoscrivere l'Autocertificazione.

VALUTA DEI MEZZI DI PAGAMENTO

MEZZO DI PAGAMENTO	DATA VALUTA
Assegni bancari	Coincide con la data indicata sul mezzo di pagamento
Bonifici Bancari	Coincide con la valuta riconosciuta dalla Banca Ordinante
Addebito in c/c Banca Mediolanum	Coincide con il giorno lavorativo successivo alla data di ricezione del Contratto

Fac Simile