

Richiesta di Adesione
Polizza Collettiva “Mediolanum Capitale KeyPeople”
stipulata da

Banca Mediolanum Spa (Contraente) con Elips Life Ltd Sede secondaria italiana.



1. AZIENDA ADERENTE

| Dati dell'Azienda Aderente | |
|--|--|
| Denominazione / Ragione Sociale | |
| Codice Fiscale | |
| Partita IVA | |
| Indirizzo della Sede Legale | |
| Località | |
| Provincia | |
| Cap | |
| REA | |
| Codice SAE | |
| Codice ATECO | |
| Recapito telefonico | |
| Email (PEC) | |
| Indirizzo di corrispondenza (se diverso da sede legale) | |

| Dati del Legale Rappresentante | |
|--------------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo di nascita | |
| Data di nascita | |
| Codice Fiscale | |

2. COPERTURA SCELTA

La sottoscritta Azienda Aderente,

preso atto che:

- **BANCA MEDIOLANUM S.p.A.** ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con Elips Life Ltd Sede secondaria italiana e in collaborazione con il Broker Kereis Italia S.A.S. una Polizza Collettiva di assicurazione a protezione delle persone chiave (c.d. Key Man) delle aziende aderenti, per il rischio solo decesso o decesso, invalidità totale e permanente e inabilità totale e temporanea;
- la piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata al preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, secondo quanto previsto all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, e alla sottoscrizione a cura dell'Assicurato del consenso ai sensi dell'art. 1919 c.c.;

- limitatamente alle coperture invalidità totale e permanente e inabilità totale e temporanea, non sono coperti sinistri relativi a patologie o infortuni preesistenti (come previsto all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione);
- l'Azienda Aderente può revocare la Richiesta di Adesione finché il Contratto non sia concluso, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente;
- la Compagnia può revocare l'accettazione della Richiesta di Adesione a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente purché tale revoca giunga a conoscenza dell'Azienda Aderente prima dell'accettazione;
- l'Azienda Aderente ha 30 giorni di tempo a partire dalla Data di decorrenza della copertura per esercitare il diritto di recesso per ripensamento dalla propria adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente;

dichiara:

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- che l'Azienda Aderente ha sede legale in Italia;
- di aver ricevuto, letto ed accettato, in ogni sua parte, in tempo utile prima della sottoscrizione, il Set informativo composto dal Documento Informativo Precontrattuale Danni (c.d. DIP Danni), dal Documento Informativo Precontrattuale Multirischio (c.d. DIP Aggiuntivo Multirischio), Documento Informativo Precontrattuale Vita (c.d. DIP Vita), e dalle Condizioni di Assicurazione.
- in caso di sottoscrizione a seguito di una raccomandazione di Banca Mediolanum, di avere ricevuto prima della sottoscrizione medesima, copia dell'informativa sulla consulenza prestata e sugli esiti delle valutazioni svolte con riguardo alla coerenza dell'operazione stessa rispetto ai propri bisogni assicurativi; dichiara altresì di essere consapevole che il prodotto proposto viene raccomandato in quanto idoneo a soddisfare le specifiche esigenze di copertura dei bisogni assicurativi emersi (tale informativa è stata resa in formato cartaceo);
- di aver ricevuto copia del documento ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018 contenente, tra l'altro, i dati essenziali sull'intermediario assicurativo e sull'attività svolta, completata in ogni sua parte dall'intermediario stesso;
- di aver ricevuto copia della dichiarazione ex art. 56 del Regolamento IVASS 40/2018, riepilogativa dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari assicurativi sono tenuti;
- 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 nel quadro del Regolamento UE 2016/679.
- di voler aderire alla Polizza Collettiva "Mediolanum Capitale KeyPeople" selezionando di seguito la combinazione prescelta che troverà applicazione per tutti gli Assicurati

| Combinazione scelta | Coperture Assicurative |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Life | Decesso |
| <input type="checkbox"/> Full | Decesso Invalidità Totale Permanente Inabilità Totale Temporanea |

- di voler attivare la copertura assicurativa per i soggetti elencati nel paragrafo che segue e che tali soggetti rivestono il ruolo di persone chiave presso l'Azienda Aderente.

3. ANAGRAFICA ASSICURANDI, SOMMA ASSICURATA E PREMIO

| | | | | |
|---|------------------|-----------|----------------|-----|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € | | | | |
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Full) € * | | | | |

| | | | | |
|---|------------------|-----------|----------------|-----|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € | | | | |
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Full) € * | | | | |

| | | | | |
|---|------------------|-----------|----------------|-----|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € | | | | |

| |
|---|
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € |
| Premio annuo (combinazione Full) € * |

| | | | | |
|--|-------------------------|------------------|-----------------------|------------|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € | | | | |
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Full) € * | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------|------------------|-----------------------|------------|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € | | | | |
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Full) € * | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------|------------------|-----------------------|------------|
| Cognome | | Nome | | |
| | | | | |
| Indirizzo di Domicilio | | Località | Provincia | CAP |
| | | | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale | |
| | | | | |
| Ruolo in Impresa | | | | |
| | | | | |
| Somma Assicurata in caso di Decesso (combinazione Life) € | | | | |
| Premio annuo (combinazione Life) € * | | | | |
| | | | | |

| |
|---|
| Somma Assicurata in caso di Decesso/ITP (combinazione Full) € |
| Somma Assicurata in caso di ITT (combinazione Full): € |
| Premio annuo (combinazione Full) € * |

* il Premio annuo indicato è relativo alle condizioni standard e può essere soggetto a variazioni sulla base di valutazioni sanitarie effettuate dalla Compagnia sullo stato di salute dell'assicurando.

Riepilogo Premio complessivo Azienda aderente

| Numero Assicurati | Premio Annuo |
|-------------------|--------------|
| | |

* il premio annuo indicato è relativo alle condizioni standard e può essere soggetto a variazioni sulla base di valutazioni sanitarie effettuate dalla Compagnia sullo stato di salute dell'assicurando.

4. BENEFICIARIO

Beneficiario irrevocabile delle Coperture Assicurative è sempre l'Azienda Aderente

5. COMUNICAZIONI TRA LE PARTI

Si informano l'Azienda Aderente e ciascun Assicurato che la Compagnia e il Contraente hanno concordato di rendere disponibile la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Welcome Letter e Certificato di Polizza) in formato cartaceo. Con specifico riferimento alla sola documentazione precontrattuale, la stessa potrà essere consegnata, su richiesta dell'Azienda Aderente, in formato elettronico PDF archiviata su supporto durevole, fermo restando il diritto di chiederne gratuitamente copia cartacea.

6. MODALITA' DI VERSAMENTO DEL PREMIO

L'Azienda Aderente si impegna a versare il premio di Polizza secondo le modalità di seguito indicate:

PREMIO INIZIALE

- Addebito diretto (modalità riservata ai soli correntisti di Banca Mediolanum S.p.A.)**

su Conto corrente n° _____

L'Azienda Aderente in quanto intestataria del suddetto conto corrente aperto presso Banca Mediolanum S.p.A., autorizza Banca Mediolanum a richiedere, a favore della Compagnia, il trasferimento dell'importo pari al premio lordo alla firma sopra indicato.

- Bonifico bancario a favore della Compagnia, per il tramite del Broker, da c/c intestato all'Azienda Aderente presso altra Banca(*)**

IBAN _____

PREMIO DI RINNOVO(**)

- se il versamento iniziale avviene con addebito su c/c di Banca Mediolanum: il pagamento del Premio di rinnovo sarà effettuato mediante addebito diretto sul conto corrente sopra indicato.

- se il versamento iniziale avviene tramite bonifico da altra Banca(*):

il pagamento del Premio di rinnovo avverrà tramite bonifico da c/c intestato all'Azienda Aderente presso altra Banca.

(*) Il Contraente si riserva di richiedere ulteriore documentazione per lo svolgimento dell'adeguata verifica ai sensi della normativa antiriciclaggio

() È facoltà dell'Azienda Aderente modificare in corso di contratto la modalità di addebito dei versamenti dei premi successivi.**

Il premio annuo definitivo verrà comunicato all'Azienda Aderente una volta effettuate le valutazioni sanitarie a cura della Compagnia sullo stato di salute degli assicurandi.

| |
|---|
| Luogo e Data |
| FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA ADERENTE |
| |
| |

La sottoscritta Azienda Aderente,

ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 Cod. Civ., dopo averne presa attenta e specifica conoscenza e visione, approva e ed accetta espressamente le seguenti clausole di cui alle Condizioni di Assicurazione:

Art. 2 – Aziende Aderenti e Assicurati;

Art. 4 – Prestazioni Assicurate

Art. 6 – Limiti di età

Art. 8 – Esclusioni: cosa non è coperto

Art. 9 – Sinistro che colpisca più assicurati: massimali

Art. 13 – Documentazione sanitaria: Accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati

Art. 14 – Carenza e franchigia

Art. 16 – Pagamento dei premi e risoluzione del Contratto

Artt. 17 e 18 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Compagnia dell'Evento assicurato e Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro

Art. 19 – Foro competente e controversie di natura medica

Art. 21 – Revoca, Recesso e Disdetta

Art. 22 – Modifiche contrattuali

| |
|---|
| Luogo e Data |
| FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA ADERENTE |
| |
| |

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE per l'identificazione dei firmatari del presente Modulo

Cognome e Nome del Family
Protection Specialist

Codice

Firma

FACSIMILE