

MONEY UP

Assicurazione a vita intera a premio unico, con possibilità di versamenti aggiuntivi e cedola annua

| | | | | | | |
|--|------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Agenzia | | | | | Subar | |
| Proposta | Tariffa | Decorrenza | Durata | Sr | za | |
| Contraente - persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rap, onte) | | | | | | |
| Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente | | | | | | |
| Socio ACI: se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza | | | | | | |
| Cognome e Nome | | | Sesso | Codice | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | | | Prov. | Nazione |
| Indirizzo di residenza n. | | CAP | Località | | Prov. | Nazione |
| Tipo di documento di riconoscimento | | Numero documento | | Ente di n. | | Cittadinanza |
| Luogo di rilascio | | Prov. | Data rilascio/rinnovo | Data sca | Cellulare | e-mail |
| Professione | | Tipologia | Sottogruppo attività cod./desc. | | ATECO cod./desc. | |
| Assicurato | | | | | | |
| Cognome e Nome | | | | Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | | | Prov. | Nazione |
| Indirizzo di residenza | | P | Loca | | Prov. | Nazione |
| Tipo di documento di riconoscimento | | Numero | | Ente di rilascio | | Cittadinanza |
| Luogo di rilascio | | Prov. | Data | rinnovo | Data scadenza | Cellulare e-mail |
| Professione | | Tipologia | Sottogruppo attività cod./desc. | | ATECO cod./desc. | |

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



Beneficiari in caso di morte

Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: €

Dietro versamento del Premio Unico di cui sopra, l'Impresa garantisce la liquidazione del capitale assicurato di € in caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione e al Regolamento Fondo Più.

CORRESPONSIONE DELLA CEDOLA ANNUA (tariffa 105):

Il Contraente dichiara, in base alla scelta effettuata sull'avvalersi o meno della facoltà di corresponsione della cedola annua, d'essere consapevole che la sua decisione è IRREVOCABILE e non può essere modificata in alcun modo in corso di contratto.

Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento in contanti

Il premio unico viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare (unito della clausola di inalienabilità, trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro sistema di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato a richiesta per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi precontrattuali previsti ai sensi dell'articolo 1919 del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 e inerenti a:

1. obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti (**Allegato 3**);
2. informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente (**Allegato 4**);
3. informazioni sull'attività svolta dall'Intermediario (**Allegato 4**);
4. informazioni relative alle remunerazioni (**Allegato 4**);
5. informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto di interessi (**Allegato 4**);
6. informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente (**Allegato 4**).

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia presente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che può revocare il presente Modulo di adesione fino alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso contratto, quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della polizza, l'Impresa rimborsa al Contraente un importo determinato secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente ed Assicurato:

- **DICHIARANO** di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR");
- **ACCONSENTONO** ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al **trattamento dei dati sensibili** che li riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico della polizza - da concludere o in essere con Sara Vita.

Inoltre, il solo Contraente:

- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE** al trattamento dei propri **dati personali effettuato da Sara Vita per finalità utili alla promozione commerciale.**
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE** al trattamento dei propri **dati personali effettuato da Sara Vita per finalità di profilazione** utile a conoscere meglio le Sue aree di rischio, anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.
- ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE** alla comunicazione dei propri **dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali** in qualità di titolari autonomi.

Si precisa che il Contraente avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato contattando il *Responsabile della protezione dei dati* personali:

- inviando un'email all'indirizzo di posta elettronica RPD@sara.it
- scrivendo al Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il sottoscritto Contraente dichiara di NON avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al presente contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi che, sommati al presente versamento, superano complessivamente l'importo di € 5.000.000.

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, confermano la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

| | |
|------------|------------|
| | |
| Assicurato | Contraente |

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 05/19), RP Aggiuntivo IBIP (mod. V386 D ed. 09/19), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del G. (mod. V386 CdA ed. 09/19) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V386 PP ed. 09/19).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

| | |
|------------|------------|
| | |
| Assicurato | Contraente |

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



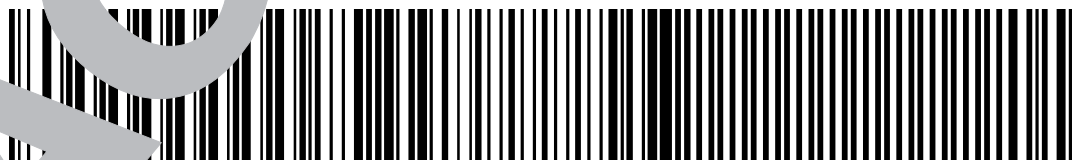
Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente e del Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per il riassetto del ciclo del credito).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il _____ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Nome e Cognome dell'Intermediario | Firma dell'Intermediario (*) | Firma e timbro dell'Agenzia |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, fatta a garanzia della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***V00000000000000000000

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



