

Sara Bi-Fuel PIR

Contratto di Assicurazione sulla vita in forma a Vita Intera, di tipo Multiramo a Premio Unico con possibilità di Versamenti Aggiuntivi

Il presente contratto costituisce un Piano di Risparmio a lungo termine - PIR ai sensi della legge
di bilancio 2017 (legge n. 232 del 11 dicembre 2016) integrata con la
legge di bilancio 2018 (legge n. 205 del 27 dicembre 2017)

Agenzia		Subagenzia		
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza
Contraente - Assicurato di seguito tale figura viene indicata come Contraente				
Socio ACI: NO se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza				
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza	n.	CAP	Località	Prov. Nazione
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)		CAP	Località	Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./ desc.	

Beneficiari in caso di morte

.
. .
. .
. .
. .
. .

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 26.000.000
(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



Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: € _____
PREMIO INVESTITO: € _____ (al netto dei caricamenti previsti)

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno come segue:

Gestione Separata FONDO PIU'

Percentuale _____ %
Importo € _____

Fondo Interno SARA PMI ITALIA

Percentuale _____ %
Importo € _____

A fronte della quota parte del Premio investito destinato alla Gestione Separata, l'Impresa garantisce, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di € _____, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e al Regolamento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio investito destinato al Fondo Interno, pari ad € _____, darà luogo al **Capitale variabile**, espresso in quote, che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

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, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo 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

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste 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'art.56 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**)

Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

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

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Contraente:

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

Inoltre:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali effettuato da Sara Vita per finalità utili alla proposizione 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 proporLe 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 una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RPD@sara.it
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 26.000.000 (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 (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 € 2.000.000,00.

Con la firma sotto riportata, il Contraente conferma la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Contraente/Legale rappresentante

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 01/19), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V399 D ed. 01/19), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, del Regolamento del Fondo Interno e del Glossario (mod. V399 CdA ed. 01/19) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V399 PP ed. 01/19). Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente altresì dichiara specificatamente:

- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza risulta essere fiscalmente residente in Italia e di essere consapevole che la variazione di residenza fiscale fa venir meno i benefici fiscali del Piano di Risparmio a lungo termine - PIR; si impegna quindi ad informare l'Impresa di qualsiasi cambiamento di residenza fiscale nel corso della vita della polizza; si no
- che sottoscrive la presente Proposta/Polizza al di fuori dell'esercizio dell'attività di impresa commerciale; si no
- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza non risulta essere già intestatario di un altro Piano di Risparmio a lungo termine - PIR. si no

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di Assicurazione statuenti le limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di proposta/polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Contraente/Legale rappresentante

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

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/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

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, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 26.000.000 (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

sara 

