

Sara Bi-Fuel

Contratto di Assicurazione sulla vita in forma Mista a Premio Unico di tipo Multiramo

Agenzia					Subagenzia				
Proposta		Tariffa		Decorrenza		Durata		Scadenza	
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)									
<small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small> 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				Nazione		
Indirizzo di residenza n.			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.			
Assicurato									
Cognome e Nome					Sesso		Codice Fiscale		
Data di nascita			Luogo di nascita				Prov.		Nazione
Indirizzo di residenza			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.			

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 vita:

in caso di morte:

Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO:
PREMIO INVESTITO: (al netto del caricamento %)

Sulla base del profilo scelto dal Contraente, il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e ai Fondi Interni come segue:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA AZIONARIO	SARA C...	SARA AZIONARIA
Percentuale % Importo €	Percentuale % Importo €	Percentuale % Importo €	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 ai Fondi Interni, pari ad € , darà luogo al **Capitale assicurato**, espresso in €, 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, pagamento circolare, mandato della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di pagamento, per qualsiasi 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 e dell'Assicurato

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 ai sensi dell'articolo 18 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 1);
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 interesse (Allegato 4);
6. informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente (Allegato 4).

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

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.

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)

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 - la 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 **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 **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 trattano** 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

Il sottoscritto Contraente dichiara di **NON** avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri sottoscrittori, ad esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile, che hanno stipulato contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al presente contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi, somme, somme a titolo di presente versamento, superano complessivamente l'importo di € 2.000.000,00.

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

Assicurato	Contraente
-------------------	-------------------

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i seguenti documenti: K. (ed. 05/19), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V398 D ed. 05/19), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, dei Regolamenti dei Fondi Interni e del Glossario (mod. V398 CdA ed. 05/19) e il modulo di proposta/polizza, in formato simile (mod. V398 ed. 05/19). Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decadenza dell'Assicurazione, 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 decadenza dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli 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.

Assicurato	Contraente
-------------------	-------------------

Polizza emessa in base alle 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 dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato l'irrevocabile 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 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

sara