

**Libero Domani - Tariffa**  
**Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione**  
**Modulo di adesione a Libero Domani**  
**Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092**

**ATTENZIONE:**

l'adesione a Libero Domani deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento "Informazioni chiave per l'Aderente".  
La Nota informativa, il Regolamento, le Condizioni di Assicurazione, il Documento sulle Rendite, il Documento sulle Anticipazioni e il Documento sul Regime Fiscale sono disponibili sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it).  
Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

<b>Agenzia</b>				<b>Subagenzia</b>			
<b>Aderente</b>							
Cognome e Nome				Sesso			
Data di nascita				Luogo di nascita		Prov. Nazione	
Indirizzo di residenza				CAP		Prov. Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento				Documento		Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.		Data di rilascio/rinnovo		Cellulare e-mail	
Professione		Titolo di studio		Sottogruppo attività		ATECO	

Nella sezione Previdenza/Libero Domani del sito [www.sara.it](http://www.sara.it) è prevista un'Area riservata Clienti, dove poter consultare la propria posizione previdenziale. Per accedere a tale Area riservata l'Aderente dovrà inserire il suo codice fiscale e la sua password che, al primo accesso, coincide con la data di adesione indicata a pagina 3 del presente Modulo di Adesione, per i successivi accessi si dovrà indicare una nuova e definitiva password.

**Titolo di studio**

- Licenza elementare       Licenza media inferiore       Diploma professionale       Diploma media superiore  
 Diploma universitario/laurea triennale       Laurea/laurea magistrale       Specializzazione post-laurea       Nessuno

**Tipologia aderente**

- Lavoratore dipendente del settore privato, socio subordinato di cooperative  
 Lavoratore dipendente del settore pubblico  
 Lavoratore autonomo, libero professionista, socio autonomo di cooperative  
 Altro

**Beneficiari in caso di prelievo**

**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](mailto:saravita@sara.telecompost.it)



## Prestazione Assicurativa Accessoria collegata al contratto (si rimanda all'Allegato delle Condizioni di Assicurazione)

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costanti (di seguito TCM)  NO  SI

### Dichiarazione dell'Aderente

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Aderente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

L'Aderente dichiara di:

- non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatorio ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto dalla tossicodipendenza o alcolismo
- non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi.

L'Aderente conferma che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, o ha esagerato, alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e costituiscono parte integrante del contratto.

L'Aderente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1423 e 1424 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni, la valutazione del rischio e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di escludere espressamente che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la valutazione del rischio del contratto e che la Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, l'Aderente ha l'obbligo di versare integralmente la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione in periodicità semestrale, trimestrale o mensile.

Aderente

## Contributi e relative modalità di pagamento - ATTENZIONE: il pagamento è previsto in contanti

**Contributi versati direttamente dall'Aderente** (comprensivi della spesa di gestione e di accumulo)

Contributo annuo € di cui € relativo alla TCM, se scelta dall'Aderente

Indicizzazione del contributo annuo:  NO  SI Percentuale: %

(al netto della quota parte del contributo riferita alla TCM, se scelta dall'Aderente)

Periodicità:

### Il contributo annuo:

- alla data di perfezionamento del contratto viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Aderente, 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 la Compagnia oppure l'Intermediario espressamente in tale qualità
- alle successive scadenze, in caso di periodicità annuale, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SSD)
- alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SSD)

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento scelta sono a carico dell'Aderente.

In termini generali, la valuta richiesta dalla Compagnia ai mezzi di pagamento sopra indicati, ai fini contrattuali, è la successiva tra la data di decorrenza e la data di disponibilità del pagamento.

## Dichiarazione dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver sottoscritto, unitamente all'Aderente Modulo di adesione, il documento "Informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 03/20) e di averne accettato integralmente il contenuto e il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata (V394G ed. 03/20)
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa (V394A ed. 03/20), il Regolamento (V394B ed. 03/20), le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 03/20), il Documento sulle Rendite (V394F ed. 03/20), il Documento sulle Anticipazioni (V394E ed. 03/20) e il Documento sul Rendiconto Fiscale (V394D ed. 03/20), insieme al Rendiconto della Gestione Separata, comunque disponibili sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it) nella sezione Previdenza e il Futuro Domani
- di aver sottoscritto la "Scheda dei costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Complementare che redige la Scheda dei costi)
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha richiamato l'attenzione:
  - sulle informazioni contenute nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente"
  - con riferimento ai costi, sull'indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente"
  - in merito ai contenuti del documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire
  - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it)
  - circa il diritto di beneficiare, qualora rientri nell'area dei destinatari di una forma pensionistica complementare di natura collettiva e nel caso in cui aderisca ad essa, dei contributi del datore di lavoro

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](mailto:saravita@sara.telecompost.it)

sara

- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- che le informazioni fornite ai fini della compilazione del presente Modulo sono veritiere ed esatte, assumendosi ogni responsabilità in merito alle medesime, anche se materialmente scritte da altri, e si impegna a comunicare tempestivamente a Sara Vita Spa, mediante raccomandata A/R, ogni variazione delle stesse che dovesse intervenire successivamente alla data di adesione
- di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione a Libero Domani, esonerando in tal modo la Compagnia da ulteriori obblighi di controllo. La Compagnia è inoltre esonerata da qualsiasi obbligo in merito al recupero coattivo dei contributi dovuti sia dall'Aderente che dal datore di lavoro

L'Aderente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi precontrattuali previsti ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVAS n. 1 del 2 agosto 2018 e inerenti a:

1. obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti degli Aderenti (**Allegato 3**);
2. informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con l'Aderente (**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 dell'Aderente (**Allegato 4**)

#### Revocabilità dell'adesione e recesso dal contratto

L'Aderente 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, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia con lettera raccomandata indirizzata a: Sara Vita Spa, via Po, 20 - 00198 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Compagnia dalle rispettive obbligazioni derivanti dal contratto.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, la Compagnia rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso abbia scelto la TCM, della quota parte di contributo afferente ad esso recesso, nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

#### Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Aderente:

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

Inoltre:

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatici (sms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono, fax) di comunicazioni relative ad **iniziative promozionali (presenti e future)** e iniziative, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del GRUPPO ACI.

**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 l'Aderente 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 [privacy@sara.it](mailto:privacy@sara.it)
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

Data di adesione

Aderente

(in caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)

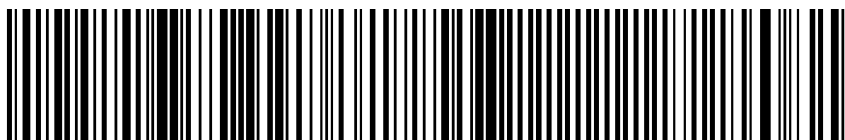
Rappresentante legale

#### Clausola esecutiva (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Rappresentante legale dell'Aderente, dichiara di assumere ogni e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1272 cc.

Data di adesione

Rappresentante legale



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



FAC-SIMILE

**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



## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

### Conoscenze in materia di previdenza

#### 1. Conoscenza dei Fondi Pensione

- Ne so poco
- Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finalizzato assicurativo
- Ho una conoscenza dei diversi tipi di Fondi Pensione e delle principali tipologie di prestazioni

#### 2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo Pensione

- Non ne sono al corrente
- So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- So che le somme versate sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalle legge

#### 3. A che età prevede di andare in pensione

anni

#### 4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro, alla prima data di pensionamento (in percentuale) per cento

#### 5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il servizio "La mia pensione" o vero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")

- SI
- NO

#### 6. Ha verificato il documento "La mia pensione complementare" che le viene stampata, al fine di decidere quanto versare al Fondo Pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di vecchiaia nel proprio fondo conto e la Sua situazione lavorativa?

- SI
- NO

### Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta, è necessario rispondere inizialmente alle domande 7, 8 e 9.

#### 7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 euro e fino a 5.000 euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 euro (punteggio 3)
- Non so / non rispondo (punteggio 1)

#### 8. Fra quanti anni prevede di chiedere la pensione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- oltre 20 anni (punteggio 6)

#### 9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare le oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare le oscillazioni del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare le oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto:

Il punteggio ottenuto in base alle risposte fornite nel Questionario di autovalutazione, costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione sulla base della griglia di valutazione riportata sulla pagina seguente:

### 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



Categoria del comparto	GRIGLIA DI VALUTAZIONE		
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
	Garantito Obbligazionario puro Obbligazionario misto	Obbligazionario misto Bilanciato	Bilanciato Azionario

L'Aderente, nell'attestare che il Questionario di autovalutazione non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara e si assume consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZA non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

<b>Data di adesione</b>	<b>Aderente</b>
(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)	<b>Rappresentante legale</b>

**Clausola espromissoria (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Rappresentante legale dell'Aderente, dichiara di assumere ogni e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1272 cc.

<b>Data di adesione</b>	<b>Rappresentante legale</b>
-------------------------	------------------------------

**Spazio riservato all'Intermediario**

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante in caso di Aderente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati dell' Aderente/Legale rappresentante ai sensi del D.Lgs. n. 38 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

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'effettuazione dell'identificazione personale del firmatario.



20190729DOSSI\_A\*\*V0000000000005003762

FAC SIMILE

**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

