

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

Sara Bi-Fuel PIR è costituito da un Piano di Risparmio a lungo termine - PIR introdotto dalla normativa italiana con Legge di Bilancio 2017, integrata dalla Legge di Bilancio 2018 e dal Decreto Fiscale collegato alla Legge di Bilancio 2020 e successive modifiche e integrazioni.

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
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Cellulare	e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./ desc.	

Beneficiari in caso di morte

Nominativo 100,00%

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima della morte dell'Assicurato?
Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, al quale l'Assicurato potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**
Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

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



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 nelle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di €, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla tabella 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, come 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, multa, o alla clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico attraverso mezzo 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 possono comportare la risoluzione del contratto e possono compromettere il diritto alla prestazione.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi precontrattuali previsti dall'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;
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 polizza, 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 particolari** che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico della polizza - da concludere o in essere con Sara Vita.

Inoltre:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE** al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative ad **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, 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 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 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 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 

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. 05/20), DIP Aggiuntivo (mod. V399 D ed. 05/20), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, dei Regolamenti del Piano di Risparmio e del Glossario (mod. V399 CdA ed. 05/20) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V399 PP ed. 05/20). 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 assicuratrice in caso di qualsiasi cambiamento di residenza fiscale nel corso della vita della polizza; 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 iscritto in 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 fornite nel presente Modulo di proposta/polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa assicuratrice ha 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 autorizzato, in presenza delle firme apposte dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dell'identità del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizione in materia di strumenti di 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.



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

sara