

SARACONTOEXTRA

Assicurazione a vita intera a premio unico

Agenzia				Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza	
vita intera					
Contraente - Assicurato					
<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		Prov.		Nazione
Indirizzo di residenza n.		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente rilascio	Cittadinanza
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	e-n.
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATE cod./desc.
Beneficiari in caso di morte					
Nominativo				100,00%	
Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? SI NO					
Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? SI					
Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Num. 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

Il presente contratto è utilizzato per il reinvestimento - totale o parziale - dell'importo netto ottenuto come liquidazione del contratto di Sara Vita spa, per il quale il Contraente del presente contratto risulta essere stato Beneficiario.

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.

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 EIASS n. 1 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 può revocare il presente Modulo di adesione alla 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.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, Sara Vita 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 propri **dati personali** e **dati particolari** che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la cui durata - da concludere 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, mail, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con opuscolo) 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 Sara Vita, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del GRUPPO SARAVITA.

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 **commerciale** in qualità di titolari autonomi.

Si precisa che il Contraente, 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 dei 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 € 5.000.000.

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

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 05/20), DIP Aggiuntivo (mod. V370R D ed. 05/20), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V370R D ed. 05/20) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V370R 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.

Contraente

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 suo rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/ suo rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

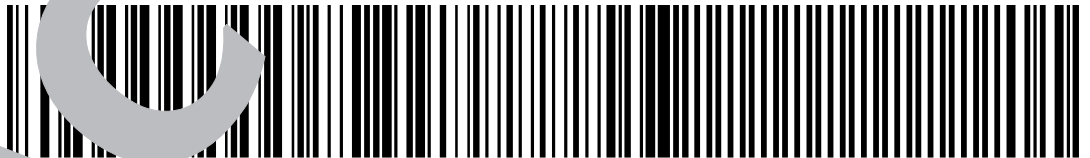
La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il _____ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facente fede per la 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 