

# SARADANAIO

## POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

<b>Agenzia</b>				<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>	
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (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> <b>Socio ACI: NO</b> 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 di rilascio Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	
<b>Assicurato</b>					
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 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:

Nominativo

100,00%

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? **SI NO**

### 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 potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

**Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono**

## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONI IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO

#### alla scadenza del contratto:

**Capitale assicurato:** Euro

Il capitale assicurato in caso di vita a scadenza è rivalutato annualmente nella misura e secondo le modalità descritte nella Clausola di Rivalutazione e nel Regolamento della Gestione Separata, parti integranti delle Condizioni di Assicurazione.

### PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO ENTRO LA SCADENZA DEL CONTRATTO

un importo pari ad Euro , che verrà rivalutato annualmente nella misura e secondo le modalità descritte nella Clausola di Rivalutazione e nel Regolamento della Gestione Separata Fondo Più, parti integranti delle Condizioni di Assicurazione.

Tutte le prestazioni sopra indicate vengono garantite a fronte della corresponsione del Premio unico ricorrente di Euro che verrà versato con periodicità

A partire dalla ricorrenza anniversaria del , l'importo del Premio unico ricorrente di cui sopra è rivalutato annualmente nella misura del %

L'ultimo premio da corrispondere sarà quello con scadenza .

L'importo del Premio unico ricorrente, per tipologia di prestazione ed ai sensi dell'Art. 13 comma 1 del D.L. N. 47 del 18 febbraio 2000, è distinto come segue:

## Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento in contanti

### Il premio unico ricorrente:

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'Impresa, oppure intestato al beneficiario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico che abbia come beneficiario l'Impresa 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 del Contraente (SDD);

alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale o trimestrale, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescrite sono a carico del Contraente.

## 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

**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**)

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

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 22/06/2016, n. 96 - "Dopo di noi".

### Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere allo 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 rimborserà al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### 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** o **trattamenti** **personali** che li riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere, con finalità:

Inoltre, il solo Contraente:

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, telegram, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative a **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla promozione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, premi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi 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 contratto possibile.

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei **dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciale** 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@saravita.it](mailto:RPD@saravita.it)
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Contraente**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa contenente i distinti documenti: KID (ed. 05/20), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V388 D ed. 05/20), Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V388 CdA ed. 05/20) e il modulo di proposta di polizza in vigore (mod. V388 PP ed. 05/20).

Il Contraente dichiara di aver proposto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle 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



Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità 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, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni-carenza.

Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni e i dati forniti nel presente Modulo di Proposta costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Direttore Generale



### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato e 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 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 conoscenza del contenuto del documento e dell'identità 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

