

# SARADANAIO BI-FUEL

## POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

<b>Agenzia</b>						<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Età assicurato</b>	<b>Durata pagamento premi</b>	<b>Scadenza</b>	<b>pagamento premi</b>	
<b>Contraente - <input 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:</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		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 morte:

Nominativo

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?

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

## Caratteristiche del contratto

Le prestazioni di seguito indicate, vengono liquidate a fronte della corresponsione del Premio unico ricorrente di Euro che è stato corrisposto con regolarità il di ogni anno per la durata pagamento premi prevista.

A partire dalla ricorrenza anniversaria del , l'importo del premio unico ricorrente di cui sopra sarà indicizzato annualmente nella misura del XX %.

L'ultimo premio da corrispondere sarà quello con scadenza .

Sulla base delle scelte dal Contraente, il Premio unico ricorrente viene destinato alla Gestione Separata e ai Fondi Interni nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	FONDI INTERNI
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

A fronte della quota parte del Premio unico ricorrente destinato alla Gestione Separata, l'Impresa garantisce un **Capitale assicurato**, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e ammontamento del 'FONDO PIU'.

La quota parte del Premio unico ricorrente destinato ai Fondi Interni, darà luogo al **Capitale assicurato** espresso in Euro. Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita copertura da parte dell'Impresa.

Si desidera attivare l'opzione LIFE CYCLE ? **SI NO**

**Nel corso della durata pagamento premi**, l'Impresa liquiderà le seguenti prestazioni liquidate in base al premio unico ricorrente di € .

**Bonus fedeltà alla 10<sup>a</sup> ricorrenza annuale del contratto:** Euro

**Bonus fedeltà alla 15<sup>a</sup> ricorrenza annuale del contratto:** Euro

**Bonus fedeltà al termine pagamento premi:** Euro

### PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga, la prestazione sarà liquidata nella misura indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

**In caso di morte dell'Assicurato entro la durata pagamento premi**, in aggiunta alla prestazione di cui sopra, l'Impresa garantisce altresì liquidazione di un importo pari ad Euro , diminuito di Euro per ogni anno interamente trascorsi fra la data di decorrenza del contratto e la data di decesso dell'Assicurato.

Ai fini della corresponsione di tale importo si farà riferimento a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

### PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA'

**Nel caso in cui l'Assicurato divenga invalido in modo totale permanente entro la durata pagamento premi prevista**, i premi residui verranno riconosciuti al contratto direttamente dall'Impresa secondo quanto più dettagliatamente descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

L'importo del Premio unico ricorrente, per tipologia di prestazione ed ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000, è distinto come segue:

- Prestazione caso morte: €
- Prestazione invalidità: €

## Modalità di pagamento del premio - A . 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 al Contraente, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, o sistema di pagamento elettronico, che abbiano 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, trimestrale o mensile, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

**Le spese relative alla modalità di pagamento prescelta 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.**

La presente polizza è stata emessa sulla base delle seguenti dichiarazioni dell'Assicurato di:

- Non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative
- Non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori o ospedali per malattie gravi o comunque significative
- Non aver subito interventi chirurgici significativi
- Non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto da tossicodipendenza o alcolismo
- Non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio
- Non esercitare nessuna delle attività sportive considerate a rischio
- Non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi

L'elenco delle malattie e degli interventi chirurgici definiti come gravi o significativi e delle professioni e attività sportive considerate a rischio è riportato nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato

## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi precontrattuali previsti ai sensi dell'articolo 1 del Decreto Legislativo 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 alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata per le finalità previste dalla Legge 22/05/2012, N. 112 - "Dopo di noi".

### Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di stipula 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

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 particolari** che li riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - 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 l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mail, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatori) 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 direttamente 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 email all'indirizzo di posta elettronica [RPD@sara.it](mailto:RPD@sara.it)
- scrivendo al 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.

Assicurato

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 (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 07/20), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V401 D ed. 07/20), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V401 CdA ed. 07/20) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 PP ed. 07/20).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

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'Assicurato ha prestato 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, dal Contraente o 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 il riutilizzo del ciclo di vita).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio Euro \_\_\_\_\_ sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione il giorno \_\_\_\_\_ su Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario	Firma dell'Intermediario <sup>(*)</sup>	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.

## 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

