

SARADANAIO BI-FUEL

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Agenzia							Sub		zia		
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Età assicurato	Durata pagamento premi	Scadenza	Numero	Premi	0			
Contraente - _ persona fisica persona giuridica (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>											
Socio ACI: _____ 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.					
Assicurato											
Cognome e Nome				Sesso		Codice Fiscale					
Data di nascita	Età assicurativa		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.					

Firma leggibile del Rilevatore

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 verrà versato con periodicità **SEMESTRALE** il GG/MM 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 automaticamente nella misura del **XX,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 ai Fondi Interni nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	SARA AZIONARIO
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

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

La quota parte del Premio unico ricorrente destinato ai Fondi Interni, darà luogo al **Capitale variabile** di cui sono in note.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita compensazione a carico della 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 sulla base del Premio unico ricorrente di € .

Bonus fedeltà alla 10ª ricorrenza annuale del contratto: Euro

Bonus fedeltà alla 15ª 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 avvenuta, verrà corrisposta la prestazione indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

Modalità di pagamento del premio - **OPZIONE** 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 all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa oppure l'Intermediario espressamente in tale qualità
- alle successive scadenze di versamento di periodo di versamento, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD);
- alle successive scadenze di versamento di periodo di versamento di periodicità semestrale, trimestrale o mensile, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

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

Firma leggibile del Rilevatore

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 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 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 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 3**);
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 finalità di cui la Legge n. 30/06/2016, N. 112 - "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 dallo 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 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'informazione 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, MMS, Push, 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

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

Firma leggibile del Rilevatore
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

sara

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed.12/20), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V401 D ed. 12/20), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V401 CdA ed. 12/20) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 PP ed. 12/20).

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 elementi essenziali 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 sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati personali del Contraente e del Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per il riassetto del sistema tributario e del sistema bancario).

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 (*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facoltativa, in caso di sottoscrizione della polizza, a garanzia della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



Firma leggibile del Rilevatore

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