

# SaraMultiValore

Assicurazione a Vita Intera a premio unico, con possibilità di versamenti aggiuntivi, di tipo Multiramo

Agenzia				Subagenzia					
Proposta		Tariffa		Decorrenza		Durata		Scadenza	
						Vita intera		Non prevista	
<b>Contraente - _ persona fisica 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> 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.			
<b>Assicurato</b>									
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.			

**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

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

PREMIO UNICO:

PREMIO INVESTITO: (al netto del caricamento %)

Sulla base del profilo **PROFILO X** scelto dal Contraente, il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e ai Fondi Interni come segue:

### Gestione Separata FONDO PIU'

Percentuale %  
Importo €

### SARA AZIONARIO

Percentuale %  
Importo €

### SARA OBBLIGAZIONARIO

Percentuale %  
Importo €

A fronte della quota parte del Premio investito destinato alla Gestione Separata, l'impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di € , che verrà rivalutato annualmente secondo le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e al Regolamento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio investito destinato ai Fondi Interni, pari ad € , darà luogo al **Capitale assicurato** espresso in quote, che sarà 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, contante, mutuo della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di pagamento, mezzo di pagamento 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 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.**

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle citate norme e dagli allegati, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e in particolare:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del contraente (**allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in relazione al prodotto assicurativo IBIP (**allegato n.4 bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n.5 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

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.

## 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.

## 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)

### 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 - la 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, 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 SARA VITA.

**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 vita e di consumo 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 Protezione dei dati personali:

- inviando una e-mail 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

Il sottoscritto Contraente dichiara di avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio in specie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che possono essere combinati 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 e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, confermano la verità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i documenti: KID (ed. 03/21), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V402 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, dei Regolamenti dei Fondi Interni e del Glossario (mod. V402 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza o simile (mod. V402 PP ed. 03/21). Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decadenza dell'Assicurato, il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli 1892 e 1893 dell'Assicurazione statuenti le limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decadenza dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di proposta/polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed 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.

Il 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 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.

## 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