

SARADANAIO

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Agenzia					Subagenzia				
Proposta		Tariffa		Decorrenza		Durata		Scadenza	
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			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.		

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 vita 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 indicate 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, che verrà versato con periodicità

A partire dalla ricorrenza anniversaria del , l'importo del Premio unico ricorrente di cui sopra sarà corrisposto 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. 2 comma 1 del D.Lgs. n. 47 del 18 febbraio 2000, è distinto come segue:

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

Il premio unico ricorrente:

alla data di perfezionamento del contratto viene corrisposto con le 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 abbia il 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 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

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.

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 disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

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 riferimento 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.4-ter 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 sottoscrizione della polizza assicurativa sulla propria vita.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 22/06/2016, art. 1, comma 1, lettera b) "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 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** dei propri **dati personali** che li riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere, in essere e concludere.

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 App) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative a **attività promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione clienti, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche relativamente ai prodotti e servizi 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 esigenze di rischio, anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da poterle proporre al miglior prezzo 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 RP@saravita.it
- scrivendo a Responsabile Protezione dei 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

Il Contraente dichiara di avere ricevuto l'opuscolo informativo contenente i distinti documenti: KID (ed.\$' /2%), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V388 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V388 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza in formato elettronico (mod. V388 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.

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 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

