

SARADANAIO BI-FUEL

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Agenzia						Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Età assicurato	Durata pagamento premi	Scadenza pagamento premi		
				20			
Contraente - <input type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> 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.	

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

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 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 nella ripartizione percentuale di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	SARA AZIONARIA
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 al Regolamento del FONDO PIU'.
La quota parte del Premio unico ricorrente destinato ai Fondi Interni, darà luogo al **Capitale variabile**, con le seguenti quote.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita comunicazione periodica dell'Impresa.

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

Nel corso della durata pagamento premi, l'Impresa liquiderà le seguenti prestazioni, calcolate sulla base del Premio unico ricorrente di € .

Bonus fedeltà alla 10^a ricorrenza annuale del contratto: Euro

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

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 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, 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 a ciascuna modalità di pagamento indicata 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)

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:

- 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);
- 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);
- Elenco delle regole di comportamento del distributore (allegato n.4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
- 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.

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata per le finalità di cui all'art. 1 della legge 22/06/2016, 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 polizza, 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'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 della 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, push, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con opzione) 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

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.03/21), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V401 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V401 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 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 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 preso 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 _____ 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 riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio Euro _____ sono stati effettuati il giorno _____ 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, 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

