

Libero Domani - Tariffa
Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensionistico
Modulo di adesione a Libero Domani
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

ATTENZIONE:

l'adesione a Libero Domani deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento "Informazioni chiave per l'aderente". La Nota informativa, il Regolamento, le Condizioni di Assicurazione, il Documento sulle Previdenze, il Documento sulle Anticipazioni e il Documento sul Regime Fiscale sono disponibili sul sito www.sara.it.

Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Agenzia	Subagenzia
----------------	-------------------

Aderente	
-----------------	--

Cognome e Nome		Sesso		Codice Fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza		n	Località	Prov.	Nazione
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)		CA	Località	Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento	Ente di rilascio		Cittadinanza
Luogo di rilascio		Prov.	Data di rilascio	Data di scadenza	Cellulare e-mail
Professione	Titolo di studio		Sottosectorio attività		ATECO

Nella sezione Previdenza/Libero Domani del sito www.sara.it a disposizione dell'Aderente un'Area riservata Clienti, dove poter consultare la propria posizione previdenziale. Per accedere a tale Area riservata l'Aderente dovrà inserire il suo codice fiscale e la sua password che, al primo accesso, coincide con la data di adesione indicata a pagina 3 del presente Modulo di Adesione, per i successivi accessi si dovrà indicare una nuova e definitiva password.

Titolo di studio

- Licenza elementare
- Licenza media superiore
- Diploma professionale
- Diploma media superiore
- Diploma universitario/laurea triennale
- Laurea magistrale
- Specializzazione post-laurea
- Nessuno

Tipologia aderente

- Lavoratore dipendente del settore privato, socio subordinato di cooperative
- Lavoratore dipendente del settore pubblico
- Lavoratore autonomo, socio autonomo di cooperative
- Altro

Beneficiario caso di morte dell'Aderente

Nominatario	100,00%
-------------	---------

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



Prestazione Assicurativa Accessoria collegata al contratto (si rimanda all'Allegato delle Condizioni di Assicurazione)

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costanti (di seguito TCM) NO SI

Dichiarazione dell'Aderente

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Aderente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

L'Aderente dichiara di:

- non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatorio ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto dalla tossicodipendenza o dall'alcolismo
- non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi.

L'Aderente conferma che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omissis, o omesso alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e costituiscono parte integrante del contratto.

L'Aderente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1725 e 1726 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni, le cause di risoluzione del rischio e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la conclusione del contratto e che la Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, l'Aderente ha l'obbligo di versare integralmente la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corrispondente periodicità trimestrale, bimestrale, trimestrale o mensile.

Contributi e relative modalità di pagamento - ATTENZIONE: non è previsto il pagamento in contanti

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi di spese di gestione e di accumulo)

Contributo annuo € di cui € relativo alla TCM, se scelta dall'Aderente

Indicizzazione del contributo annuo: NO SI Percentuale: %

(al netto della quota parte del contributo riferita alla TCM, se scelta dall'Aderente)

Periodicità:

Il contributo annuo:

- 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 la Compagnia oppure l'Intermediario espressamente in tale qualità
- alle successive scadenze, in caso di periodicità annua, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (CSD)
- alle successive scadenze, in caso di periodicità bimestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico dell'Aderente.

In termini generali, la valuta richiesta dalla Compagnia ai mezzi di pagamento sopra indicati, ai fini contrattuali, è la successiva tra la data di decorrenza e la data di disponibilità del pagamento.

Dichiarazioni dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver sottoscritto al presente Modulo di adesione, il documento "Informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 03/20) e di averne accettato il contenuto e il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata (V394G ed. 03/20)
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa (V394A ed. 03/21), il Regolamento (V394B ed. 03/20), le Condizioni di Assicurazione (V394 ed. 03/20), il Documento sulle Rendite (V394F ed. 03/20), il Documento sulle Anticipazioni (V394E ed. 03/20) e il Documento sul Regime Fiscale (V394D ed. 03/20), insieme al Rendiconto della Gestione Separata, comunque disponibili sul sito www.sara.it nella sezione Previdenza/Libero Domani
- di aver sottoscritto la "Scheda dei costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Complementare che redige la Scheda dei costi)
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente"
 - con riferimento ai costi, sull'indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente"
 - in merito ai contenuti del documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.sara.it
 - circa il diritto di beneficiare, qualora rientri nell'area dei destinatari di una forma pensionistica complementare di natura collettiva e nel caso in cui aderisca ad essa, dei contributi del datore di lavoro

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 

- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- che le informazioni fornite ai fini della compilazione del presente Modulo sono veritiere ed esatte, assumendosi ogni responsabilità in merito alle medesime, anche se materialmente scritte da altri, e si impegna a comunicare tempestivamente a Sara Vita SpA, mediante lettera raccomandata A/R, ogni variazione delle stesse che dovesse intervenire successivamente alla data di adesione
- di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione a Libero Domani, esonerando in tal modo la Compagnia di Assicurazioni Sara Vita SpA e i suoi soci e amministratori e i soci di controllo. La Compagnia è inoltre esonerata da qualsiasi obbligo in merito al recupero coattivo dei contributi dovuti sia dall'Aderente che dal distributore autorizzato.

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di aver fornito 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 consumatore (allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IE (allegato n. 4 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.

Revocabilità dell'adesione e recesso dal contratto

L'Aderente dichiara di essere stato informato che può revocare il presente Modulo di adesione alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia di Assicurazioni Sara Vita SpA, per lettera raccomandata indirizzata a: Sara Vita SpA, via Po, 20 - 00198 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi responsabilità derivante dal contratto.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso abbia scelto la TCM, della quota parte di contributo assicurativo versato, relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Aderente:

- **DICHIARA** di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR");
- **ACCONSENTE** dai 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 - legale - da concludere o in essere con Sara Vita.

Inoltre:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali** effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (SMS, messaggi 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 SARAVITA.

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 proporLe il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri **dati personali** a società terze che li tratteranno per finalità **commerciale** in qualità di titolari autonomi.

Si precisa che l'Aderente ha il diritto di revocare il consenso prestato contattando il *Responsabile della protezione dei dati personali*:

- inviando una e-mail all'indirizzo elettronico RPD@sara.it
- scrivendo a Responsabile protezione dati personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

Data di adesione	Aderente
(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)	Rappresentante legale

Clausola espressa (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)

Il/la sottoscritto/a _____ Rappresentante legale dell'Aderente, dichiara di assumere ogni e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1272 cc.

Data di adesione	Rappresentante legale
-------------------------	------------------------------

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



QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

Conoscenze in materia di previdenza

1. Conoscenza dei Fondi Pensione

- Ne so poco
- Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario assicurativo
- Ho una conoscenza dei diversi tipi di Fondi Pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo Pensione

- Non ne sono al corrente
- So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- So che le somme versate sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti pensionistici o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalle legge

3. A che età prevede di andare in pensione

anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro dipendente prima del pensionamento (in percentuale)

per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS, o da un altro ente previdenziale, o vero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")

- SI
- NO

6. Ha verificato il documento "La mia pensione complementare" (o equivalente standard) e, al fine di decidere quanto versare al Fondo Pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, ha tenuto conto della Sua situazione lavorativa?

- SI
- NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta, si prega di rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 euro e fino a 5.000 euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 euro (punteggio 3)
- Non so / non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- oltre 20 anni (punteggio 5)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto:

Il punteggio ottenuto con le risposte fornite nel Questionario di autovalutazione, costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione sulla base della griglia di valutazione riportata sulla pagina seguente:

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



Categoria del comparto	GRIGLIA DI VALUTAZIONE		
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
	Garantito Obbligazionario puro Obbligazionario misto	Obbligazionario misto Bilanciato	Bilanciato Aziionario

L'Aderente, nell'attestare che il Questionario di autovalutazione non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE, consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Data di adesione	Aderente
(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)	Rappresentante legale

Clausola espromissoria (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)

Il/la sottoscritto/a _____ Rappresentante legale dell'Aderente, dichiara di assumere ogni e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. 272 cc.

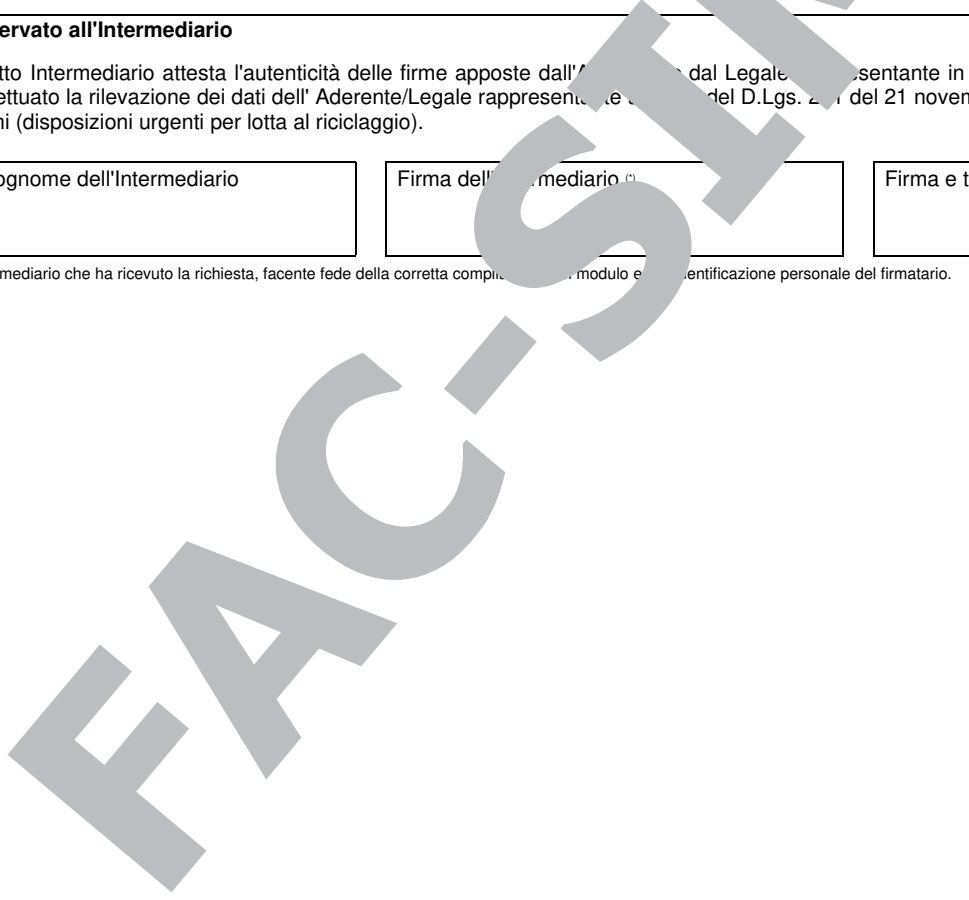
Data di adesione	Rappresentante legale
-------------------------	------------------------------

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante in caso di Aderente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati dell'Aderente/Legale rappresentante ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

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



**LIBERO DOMANI
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Il presente contratto rappresenta un Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 252/05. Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

Sulla base delle dichiarazioni rese e sottoscritte nel Modulo di adesione dall'Aderente:

Sig. Cod. Cliente: nato il Codice fiscale:

la Compagnia garantisce un capitale assicurato di euro , che verrà liquidato alle condizioni secondo le modalità previste nel D.Lgs 252/05.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità previsti alla Clausola di Rivalutazione e al Regolamento della Gestione Separata FUTURO&PREVIDENZA.

Beneficiari delle prestazioni garantite per il caso di morte della presente polizza sono:

La polizza ha decorrenza e una durata illimitata.

Tutte le prestazioni sopra indicate vengono garantite a fronte della corrispondenza del premio/contributo complessivo di euro , che verrà versato con periodicità .

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



Fanno parte integrante della presente polizza: la Nota Informativa (V394A ed. 03/21), il Regolamento (V394B ed. 03/20), le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 03/20) escluso l'Allegato Condizioni di Assicurazione della prestazione assicurativa accessoria, il Documento sul regime fiscale (V394D ed. 03/20), il Documento sulle Anticipazioni (V394E ed. 03/20), il Documento sulle rendite (V394F ed. 03/20), e "La mia pensione complementare", versione standard (V394G ed. 03/20) nonché le dichiarazioni rese e sottoscritte dell'Aderente nel Modulo di adesione.

L'Aderente dichiara di aver ricevuto la Documentazione contrattuale obbligatoria e di conoscere e accettare tutte le condizioni e clausole ivi comprese.

Emessa il

L'ADERENTE
(data e firma)

RAPPRESENTANTE LEGALE
se l'Aderente è minore, interdetto, incapace

Il Direttore Generale



La sottoscrizione della polizza e il pagamento del premio di € _____, sono stati effettuati il _____ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

Per l'Agenzia _____

per l'autentica della firma

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 