

**Libero Domani - Tariffa 151**  
**Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione**  
**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 della Parte I "Le Informazioni chiave per l'Adesione" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità".

La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni di Assicurazione sono disponibili sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it)

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

**Agenzia** \_\_\_\_\_ **Agenzia**

**Aderente**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Tipo di documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di rilascio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di rilascio/rinnovo \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_ Sottogruppo attività \_\_\_\_\_ ATECO \_\_\_\_\_

Desidera ricevere la corrispondenza:

in formato elettronico via mail **MAIL@ESEMPIO.IT**

in formato cartaceo all'indirizzo indicato **VIA ESEMPIO 1 000060 ROMA F**

Nella sezione Previdenza/Libero Domani del sito [www.sara.it](http://www.sara.it) è a tua disposizione un'Area riservata Clienti, dove poter consultare la tua posizione previdenziale. Per accedere a tale Area riservata dovrai inserire il tuo codice fiscale e la tua 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 inferiore  Diploma professionale  Diploma media superiore

Diploma universitario/laurea triennale  Laurea triennale magistrale  Specializzazione post-laurea  Nessuno

**Tipologia aderente**

Lavoratore dipendente settore privato

Lavoratore dipendente settore pubblico

Lavoratore autonomo, libero professionista

Soggetto diverso da quelli sopra indicati

Soggetto fiscalmente a carico iscritto al Fondo

**Opzione di gestione separata Futuro&Previdenza 100%**

Data di prima iscrizione previdenza complementare **DD/MM/AAAA**

Se già aderisce ad altra previdenza pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

• Denominazione altra forma pensionistica:

• Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:

• Scheda "I Costi" della forma pensionistica sopra indicata:  consegnata  non consegnata (\*)

(\*) Non è prevista la consegna della Scheda "I Costi" solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla

**Soggetti che hanno diritto di riscattare la posizione previdenziale in caso di decesso dell'Aderente prima del pensionamento**

Nominativo \_\_\_\_\_ 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](mailto: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 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, omettuto od alterato 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 1311 e 1342 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni, la corresponsione del rischio e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di aver preso conoscenza delle informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia 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 il premio per la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione con periodicità semestrale, trimestrale o mensile.

Aderente

## Contributi e relative modalità di pagamento - ATTENZIONE: il contributo è versato in contanti

**Contributi versati direttamente dall'Aderente** (comprensivi della quota parte da sostenere per la prima annualità 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:

**Contributi versati dal datore di lavoro:** contribuzione TFR (il versamento a carico del datore di lavoro dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili dal sito [www.sara.it](http://www.sara.it))

### 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'Aderente in casa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, o modalità di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario la Compagnia 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 dell'Aderente (SDD)
- alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SDD)

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

In termini generali, la valuta in cui sono corrisposti i contributi alla 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.

## Dichiarazione dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto in data 11/05/2017 la "Le informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 03/20) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394A2 ed. 05/21)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it) la Nota Informativa (V394A ed. 05/21), il Regolamento (V394B ed. 05/21) e ogni altra documentazione attinente al Fondo pensione.
- di aver sottoscritto la Scheda "I 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 "I costi"*)
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha richiamato l'attenzione:
  - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità"
  - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa;
  - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, 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](http://www.sara.it)

## 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](mailto:saravita@sara.telecompost.it)

sara

- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 6 mesi dall'Adesione e che, in caso di inadempimento, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo o la conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;

Al sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo esemplificativo, 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. 1 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBI (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 entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia Assicurativa Sara Vita SpA, via Po, 20 - 00198 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Compagnia Assicurativa Sara Vita SpA da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia Assicurativa Sara Vita SpA rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso abbia scelto la TCM, della quota parte di contributo affrancata ed esente 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 propri **dati personali** e **dati particolari** che li riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere e ad essere con Sara Vita.

Inoltre:

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali** effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (e-mail, sms, mail, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con op. vocale) 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 commerciali, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del GRUPPO SACI.

**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 poterLe 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 a tal fine ha il diritto di revocare il consenso prestato contattando il *Responsabile della protezione dei dati personali*:

- inviando una e-mail all'indirizzo [RPD@sara.it](mailto:RPD@sara.it)
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

<b>Data di adesione</b>	<b>Aderente</b>
	<b>Rappresentante legale</b>

#### Clausola esplicita (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.

<b>Data di adesione</b>	<b>Rappresentante legale</b>
-------------------------	------------------------------



**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.

Il Questionario di autovalutazione non dovrà essere compilato in caso di Aderente minore e legalmente incapace

### 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 per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla 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 alla scadenza del pensionamento (in percentuale)?

per cento

#### 5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito web oppure recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- SI
- NO

#### 6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione' nella 'Guida alla scelta' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere quanto tempo lavorare per ottenere una integrazione sulla Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- SI
- NO

### Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere separatamente 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 6)

#### 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 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 sopra indicato viene richiesto solo in caso di risposta alle domande 7, 8, 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento della Sua pensione sulla base della griglia di valutazione riportata nella 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 Azionario

L'Aderente attesta che il Questionario di autovalutazione è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Data di adesione

Aderente

**Spazio riservato all'Intermediario**

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante in caso di Aderente 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 titolo dell'Agente

(\*) 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 Pensione 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 e secondo le modalità previste nel D.Lgs 252/05.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità di cui alla Circolare 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 dell'adesione al 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. 05/21), il Regolamento (V394B ed. 05/21), 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 l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 05/21) 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 o legalmente incapace

Direttore Generale



La sottoscrizione della polizza e il pagamento del premio/contributo sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

per l'Agenzia

per l'autentica della firma



AAAAMDDDOSSI\*\*\*\*V00000000000000000000

**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

