

## ContoCheVale

### Assicurazione a Vita Intera a premio unico

<b>Agenzia</b>				Subagenza	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>	
<b>vita intera</b>					
<b>Contraente - persona fisica <input checked="" type="checkbox"/> 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: <b>NO</b> 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
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.
<b>Assicurato</b>					
Cognome e Nome				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.
<b>Beneficiari in caso di morte</b>					
Nominativo				100,00%	
Intende escludere l'invio di comunicazione ai beneficiari prima dell'evento? <b>SI NO</b>					
Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? <b>SI</b>					
<b>Nominativo REFERENTE TERZO</b> Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono					

**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



## Caratteristiche del contratto

Il presente contratto è utilizzato per il reinvestimento - totale o parziale - dell'importo netto ottenuto come liquidazione del contratto Sara Vita spa, per il quale il Contraente del presente contratto risulta essere stato Beneficiario.

PREMIO UNICO: €

Dietro versamento del Premio Unico di cui sopra, l'Impresa garantisce la liquidazione del capitale assicurato di € in caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione e al Regolamento IVASS n. 40 del 2018.

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 ricorrono a carico del Contraente. 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 Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vincenti, 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 contratto (allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo (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 (allegato n.4-quater al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);

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 può revocare il presente Modulo di Proposta fino alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dal contratto, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Assicuratore 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 - la polizza - che li riguarda 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 relative ai 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 comunicazione al mezzo di posta elettronica [RPD@sara.it](mailto:RPD@sara.it)
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

## 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)



## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il sottoscritto Contraente dichiara di NON avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere rapporti abbinati 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 € .

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 aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: Kit (mod. 05/21), Modulo per il nuovo IBIP (mod. V404 D ed. 05/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V404 CdA ed. 05/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V404 PP ed. 05/21).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato	Contraente
------------	------------

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rese 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 la 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, fatta, e ha provveduto alla compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI\*\*\*V000000000000000000

### 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 