

SaraInvestoBene

Assicurazione a Vita Intera a premio unico, con possibilità di versamenti aggiuntivi

Agenzia					Subag	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza		
vita intera						
Contraente - persona fisica <input checked="" type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)						
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente						
Socio ACI: NO se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza						
Cognome e Nome			Sesso	Codice		
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					Codice Fiscale	
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza			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

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

PREMIO UNICO: €

Dietro versamento del Premio Unico di cui sopra, l'Impresa garantisce la liquidazione del capitale assicurato 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 accantonamento Premio Più.

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

Il premio unico viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o contante (unito della Clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro sistema di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

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 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 dal Decreto n. 138 del 2018, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni citate, 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 con riferimento al contratto 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 di esenzione da premio assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora diverso 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 la propria adesione al modulo di Proposta fino alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, 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 assicurativo 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, 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 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

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 sottoscritto Contraente dichiara di 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 contratti 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 € 5.000.000.

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: KID (ed. 05/21), SIP Aggiornato (SIP ed. V403 D ed. 05/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e dell'Intermediario (mod. V403 A ed. 05/21) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V403 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 rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



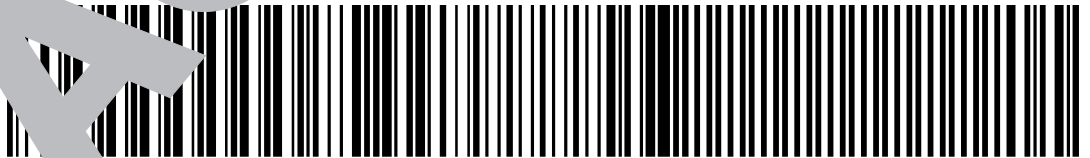
Spazio riservato all'Intermediario

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 e del Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lo sviluppo economico).

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, facente fede per la sottoscrizione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***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

sara 