

# SARADANAIO BI-FUEL

## POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

<b>Agenzia</b>						Suba	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Età assicurato</b>	<b>Durata pagamento premi</b> 20	<b>Scadenza p</b>		
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al rappresentante)							
<small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small> <b>Socio ACI: 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		Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov. Data rilascio/rinnovo		Data scadenza		Cellulare e-mail	
Professione		Tipologia		Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	
<b>Assicurato</b>							
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	
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 NO**

**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 sulla misura del **XX,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 con le seguenti percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	SAPA AZIONARIO
Percentuale <b>XX %</b>	Percentuale <b>XX %</b>	Percentuale <b>XX %</b>

A fronte della quota parte del Premio unico ricorrente destinato alla Gestione Separata, l'Impresa costituisce il **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** espresso in quote.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di applicazione delle politiche di gestione da parte 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 Euro \_\_\_\_\_.

**Bonus fedeltà alla 10<sup>a</sup> ricorrenza annuale del contratto:** Euro \_\_\_\_\_

**Bonus fedeltà alla 15<sup>a</sup> 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, l'Impresa liquiderà la prestazione indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

## Modalità di pagamento del premio - **ATTENZIONE: non è previsto 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 o 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 versamento annuale, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente
- alle successive scadenze, in caso di versamento 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 prescelta 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 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, sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni citate, e, 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 la 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 natura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata alle fini previste dalla 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 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'informazione 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, 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](mailto: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. 05/21), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V401 D ed. 05/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V401 CdA ed. 05/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 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.

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 il Contraente presta 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 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 o del Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti in materia di trasparenza).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio Euro \_\_\_\_\_ è stato effettuato il \_\_\_\_\_ 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, fatta a garanzia della corretta compilazione 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

