

## Sara Valore Combinato - Tariffa 169

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

Intermediario \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

**Contraente - \_ persona fisica persona giuridica** (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)

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	e-mail	
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività					cod./desc.	

**Assicurato**

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	Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza		Cellulare	e-mail	
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività				ATECO	cod./desc.	

## Beneficiari in caso di morte

Nominativo

0,00%

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato?

**Nominativo referente terzo Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono**

## Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO euro  
PREMIO INVESTITO: euro (al netto del caricamento %, funzione della Classe di versamenti potenziale seguito indicata)

Classi di versamenti potenziali	range di versamenti poter	caric.

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SAR. FONDO POTENZIALE
XX %	%

Il **Capitale assicurato**, che l'Impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, è costituito dalla quota parte del premio unico destinato alla Gestione Separata ed il **Capitale variabile**, relativo alla quota parte del premio unico destinato al Fondo Interno, saranno oggetto di apposita comunicazione da parte dell'impresa.

## Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: il premio è pagabile in contanti

Il pagamento del premio unico viene effettuato mediante bonifico bancario presso Sara Vita Spa sulle seguenti coordinate:

IBAN IT39R0306912711100000013035 presso BANCA INTESA

Le spese relative alla modalità di pagamento 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 e integrato, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto 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 e citate norme inerenti a:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di 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 assicurativa effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo IBIP (**allegato n.4 bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di compensazione applicate (**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.

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.

## Revocabilità della proposta e 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 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

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

### 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 - 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, alla partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio, iniziative di partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del Gruppo PPO 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

Il sottoscritto Contraente dichiara di **NON** avere legami di parentela o affinità, né altri rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2355 del Codice Civile) che hanno in essere contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi, somme, somme dovute, somme dovute, somme dovute, sommate 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.

Sulla base dei dati contenuti nel presente Modulo di proposta, Sara Vita emetterà al Contraente una Lettera di accettazione e conferma dell'emissione della polizza, che si intenderà perfezionata e conclusa con la sottoscrizione del premio unico da parte del Contraente.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il **Libretto Informativo** contenente i distinti documenti: **KID (ed. 06/21)**, **DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V406 D ed. 06/21)**, **Condizioni di Assicurazione** comprensive del **Regolamento della Gestione Separata**, del **Regolamento del Fondo Interno** e del **Glossario (mod. V406 CdA ed. 06/21)**, il **Modulo di proposta in fac-simile (mod. V406 ed. 06/21)**. Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle **Condizioni di Assicurazione**. Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia del presente Modulo di proposta.

Relativamente alla maggiore età prevista in caso di decesso 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 le limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiore età prevista in caso di decesso dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di proposta costituiscono elemento essenziale per la valutazione della efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

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

### Spazio riservato al Collocatore

Il sottoscritto Collocatore presta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante 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 lotta al riciclaggio).

Nome e Cognome del Collocatore	Firma del Collocatore (*)	Firma e Timbro Copernico SIM
--------------------------------	---------------------------	------------------------------

(\*) Firma del Collocatore che ha ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.