

SARADANAIO BI-FUEL

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Agenzia _____ **Sul** _____

Proposta _____ **Tariffa** _____ **Decorrenza** _____ **Età assicurato** _____ **Durata pagamento premi** _____ **Scadenza pagamento premi** _____

Contraente - persona fisica 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 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 _____ ATECO _____
cod./desc. _____ cod./desc. _____

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto :

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente polizza
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e alle comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail _____ o essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

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 _____ Sottogruppo attività _____ ATECO _____
cod./desc. _____ cod./desc. _____

POLIZZA N. _____ **Agenzia** _____

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it

Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97

Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa

La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



Beneficiari

in caso di morte:

Nominativo

100,00%

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

Le prestazioni di seguito indicate, vengono liquidate a fronte della corresponsione del Premio unico ricorrente 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 nella misura del **X,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 ai Fondi Interni con percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	SARA AZIONARIO
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

A fronte della quota parte del Premio unico ricorrente destinato alla Gestione Separata, l'Assicurato garantisce un **Capitale assicurato**, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e all'articolo "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 distribuzione a favore 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 € .

Bonus fedeltà alla 10ª ricorrenza annuale del contratto: Euro

Bonus fedeltà alla 15ª 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 avvenuta, 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'Assicurato o intestato 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 con periodicità annuale, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente;
- alle successive scadenze, con periodicità semestrale, trimestrale o mensile, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDI).

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it

Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97

Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa

La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

sara 

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 sportive 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, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, 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 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
- 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 non persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata per le finalità previste dalla Circolare n. 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 polizza, l'Impresa rimborsa al Contraente un importo determinato secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Individuali_1.0, Informativa assicurati_ind_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato qualora diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD della polizza, secondo quanto previsto nell'informativa.

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

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

sara 

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 03/22), DIP Aggiuntivo (DIP (mod. V401 D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e dell'Assicurato (mod. V401 CdA ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 PP ed. 03/22).

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 e le disposizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni-carenze.

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 delle informazioni e dei dati forniti nel presente Modulo di Proposta costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto, che l'Assicurato 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 lasciate 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 lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio Euro _____ sono stati effettuati 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, facendo fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

sara 