

Libero Domani - Tariffa 151
Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione
Modulo di adesione a Libero Domani
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

ATTENZIONE:

L'adesione a LIBERO DOMANI deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Le Informazioni chiave" e della Parte II "I Costi" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità".

La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni di Assicurazione sono disponibili sul sito www.sara.it

Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Agenzia				Agenzia	
Aderente					
Cognome e Nome		Sesso		Codice	
Data di nascita	Luogo di nascita			Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza		n	CAP	Prov.	Nazione
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)			CAP	Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Ente di rilascio		Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data di rilascio/rinnovo	Data di scadenza	Cellulare	e-mail
Professione	Titolo di studio		Sottogruppo attività	ATECO	

L'Aderente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie relative al presente contratto :

- tramite e-mail all'indirizzo **MAIL@ESEMPIO.IT** , che conferma con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, non scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

Nella sezione Previdenza/Libero Domani sito www.sara.it è a tua disposizione un'Area riservata Clienti, dove poter consultare la tua posizione previdenziale. Per accedere a tale Area riservata dovrai inserire il tuo codice fiscale e la tua password che, al primo accesso, coincide con la data di adesione indicata a pagina 3 del presente modulo di adesione, per i successivi accessi si dovrà indicare una nuova e definitiva password.

Titolo di studio

- Licenza elementare
- Diploma medio inferiore
- Diploma professionale
- Diploma media superiore
- Diploma universitario/laurea triennale
- Laurea/laurea magistrale
- Specializzazione post-laurea
- Nessuno

Tipologia aderente

- Lavoratore dipendente del settore privato
- Lavoratore dipendente del settore pubblico
- Lavoratore autonomo, libero professionista
- Soggetto che ha quelli precedenti
- Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo

Opzione di investimento : Gestione Separata **Futuro&Previdenza 100%**

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare **DD/MM/AAAA**

Se già aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

- Denominazione altra forma pensionistica:
- Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
- Scheda "I Costi" della forma pensionistica sopra indicata: consegnata non consegnata (*)

(*) Non è prevista la consegna della Scheda "I Costi" solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla

Soggetti che hanno diritto di riscattare la posizione previdenziale in caso di decesso dell'Aderente prima del pensionamento

Nominativo 100,00%

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)



Prestazione Assicurativa Accessoria collegata al contratto (si rimanda all'Allegato delle Condizioni di Assicurazione)

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costanti (di seguito TCM) NO SI

Dichiarazione dell'Aderente

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Aderente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

L'Aderente dichiara di:

- non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatorio ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto dalla tossicodipendenza o alcolismo
- non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi.

L'Aderente conferma che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omissis, o omesso, o tralasciato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e costituiscono parte integrante del contratto.

L'Aderente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1362 e 1363 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la conclusione del contratto e che la Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, l'Aderente ha l'obbligo di versare integralmente la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corrispondente periodicità trimestrale, bimestrale, trimestrale o mensile.

Contributi e relative modalità di pagamento - ATTENZIONE: non è previsto il pagamento in contanti

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi di spese di gestione e di base di accumulo)

Contributo annuo € di cui € relativo alla TCM, se scelta dall'Aderente

Indicizzazione del contributo annuo: NO SI Percentuale: %

(al netto della quota parte del contributo riferita alla TCM, se scelta dall'Aderente)

Periodicità:

Contributi versati dal datore di lavoro: contribuzione TFR (il versamento a cura del datore di lavoro dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili dal sito www.sara.it)

Il contributo annuo:

- 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, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, o sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario la Compagnia oppure l'Intermediario espressamente in tale qualità
- alle successive scadenze, in caso di versamento annuo, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente
- alle successive scadenze, in caso di versamento semestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico dell'Aderente.

In termini generali, la data di decorrenza della prestazione della Compagnia ai mezzi di pagamento sopra indicati, ai fini contrattuali, è la successiva tra la data di decorrenza e la data di disponibilità del pagamento.

Dichiarazioni dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 05/22) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394A2 ed. 03/22)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito www.sara.it la Nota Informativa (V394A ed. 05/22), il Regolamento (V394B ed. 03/22) e ogni altra documentazione pertinente al Fondo pensione.
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (*per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Complementare che redige la Scheda "I costi"*)
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità"
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.sara.it

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)



- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 6 mesi dall'Adesione e che, in caso di inadempimento, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo, il conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;

Al 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 vigenti, 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 in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (allegato n. 4 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.

Revocabilità dell'adesione e recesso dal contratto

L'Aderente dichiara di essere stato informato che può revocare il presente Modulo di adesione o la data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta all'Compagnia di Assicurazione raccomandata indirizzata a: Sara Vita Spa, via Po, 20 - 00198 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Compagnia di Assicurazione da ogni obbligazione derivante dal contratto.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia di Assicurazione rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso abbia scelto la TCM, della quota parte di contributo afferente al recesso, relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Aderente:

- **DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa (Informativa Previdenziali 1.0);
- **ACCONSENTE** al trattamento dei dati sanitari necessario a dare esecuzione al rapporto assicurativo - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, oppure 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 ai recapiti indicati nell'informativa.

Data di adesione

Aderente

(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)

Rappresentante legale

Clausola espromissoria (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)

Il/la sottoscritto/a _____ rappresentante legale dell'Aderente, dichiara di assumere ogni e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera integralmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1272 cc.

Data di adesione

Rappresentante legale



AAAAMDDDOSSI_A**V000000000000000000

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)



QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

Il Questionario di autovalutazione non dovrà essere compilato in caso di Aderente minore e legalmente incapace

Conoscenze in materia di previdenza

1. Conoscenza dei Fondi Pensione

- Ne so poco
- Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
- Ho una conoscenza dei diversi tipi di Fondi Pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo Pensione

- Non ne sono al corrente
- So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- So che le somme versate sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o in occasione di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione?

anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro annuo prima del pensionamento (in percentuale)?

per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web o attraverso il servizio a Lei recapitato a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- SI
- NO

6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione' nella sezione 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere quanto tempo deve lavorare per ottenere una integrazione sulla Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- SI
- NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 euro e fino a 5.000 euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 euro (punteggio 3)
- Non so / non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione previdenziale complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio sopra indicato viene attribuito solo in caso di risposta alle domande 7, 8, 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Previdenziale sulla base della griglia di valutazione riportata nella pagina seguente:

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)



Categoria del comparto	GRIGLIA DI VALUTAZIONE		
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
	Garantito Obbligazionario puro Obbligazionario misto	Obbligazionario misto Bilanciato	Bilanciato Azionario

L'Aderente attesta che il Questionario di autovalutazione è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Data di adesione

Aderente

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante in caso di Aderente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati dell' Aderente/Legale rappresentante ai sensi del D.Lgs. 231 del 28 settembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

Nome e Cognome dell'Intermediario	Firma dell'Intermediario (*)	Firma e timbro dell'Agenzia
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identità 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)



**LIBERO DOMANI
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Il presente contratto rappresenta un Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 252/05. Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

Sulla base delle dichiarazioni rese e sottoscritte nel Modulo di adesione dall'Aderente:

Sig. Cod. Cliente: nato il Codice fiscale:

la Compagnia garantisce un capitale assicurato di euro , che verrà liquidato alle condizioni secondo le modalità previste nel D.Lgs 252/05.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità previsti alla Circolare Rivalutazione e al Regolamento della Gestione Separata FUTURO&PREVIDENZA.

Beneficiari delle prestazioni garantite per il caso di morte della presente polizza sono:

La polizza ha decorrenza e una durata illimitata.

Tutte le prestazioni sopra indicate vengono garantite a fronte di un'adesione del premio/contributo complessivo di euro , che verrà versato con periodicità .

Fanno parte integrante della presente polizza: la Nota Informativa (V394A ed. 05/22), il Regolamento (V394B ed. 03/22), le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 03/22) escluso l'Allegato Condizioni di Assicurazione della prestazione assicurativa accessoria, il Documento sul regime fiscale (V394D ed. 03/22), il Documento sulle Anticipazioni (V394E ed. 03/22), il Documento sulle rendite (V394F ed. 03/22), e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394G ed. 03/22) nonché le dichiarazioni rese e sottoscritte dell'Aderente nel Modulo di adesione.

L'Aderente dichiara di aver ricevuto la Documentazione contrattuale obbligatoria e di conoscere e accettare tutte le condizioni e clausole ivi comprese.

Emessa il

L'ADERENTE
(data e firma)

RAPPRESENTANTE LEGALE
se l'Aderente è minore o legalmente incapace

Il Direttore Generale



La sottoscrizione della polizza e il pagamento del premio di € _____, sono stati effettuati il _____ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

Per l'Agenzia _____

per l'autentica della firma



AAAAMDDDOSSI****V00000000000000000000