

**SARADANAIO BI-FUEL**

**Assicurazione multiramo, a premi unici ricorrenti e possibilità di versamenti aggiuntivi,  
con bonus di fedeltà e possibilità di prestazioni potenziate caso morte e invalidità**

<b>Agenzia</b>						<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Età assicurato</b>	<b>Durata pagamento premi</b> 20	<b>Scadenza pagamento premi</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 legale rappresentante)							
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente							
Socio ACI: <b>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		Ente di rilascio		Cittadinanza
Luogo di rilascio		Prov.		Data rilascio/rinnovo		Data scadenza e-mail	
Professione		Tipologia		Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	
Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto:							
<input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza							
<input type="checkbox"/> su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____							
<input type="checkbox"/> su Area Riservata _____							
Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate telefonicamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenza@sara.it							
<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		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**

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** 

## 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 di Euro che viene corrisposto 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 **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 nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	FONDI INTERNI
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 garantisce il **Capitale assicurato**, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e al pagamento di 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 apposita copertura assicurativa a cura della Impresa.

Si desidera attivare l'opzione LIFE CYCLE ? **SI NO**

**Nel corso della durata pagamento premi**, l'Impresa liquiderà le seguenti prestazioni in base alla base del Premio unico ricorrente di € .

**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 avvenuta, verrà liquidata la prestazione indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

## Modalità di pagamento del premio - **ATTENZIONE** 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, oppure 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, in caso di pagamento 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 ( )

**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 di legge, tra cui, 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 gli strumenti di tutela del contraente (allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
- Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento all'assicurazione BIP (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 copertura assicurativa.

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

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata per la vita di cui la polizza n. 2016/2016, 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 e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'Informativa (Informativa Contraente\_Assicurato\_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando nominato dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in 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 ai recapiti indicati nell'Informativa.

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, 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 IBIP (mod. V401 D ed. 08/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V401 CdA ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V401 PP ed. 08/22).

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 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 l'Assicurato ha prestato 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 \_\_\_\_\_ dall'Assicurato.

\_\_\_\_\_ 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/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per il riutilizzo dei dati personali).

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, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI\*\*\*\*V00000000000000000000

**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** 