

Sara Valore Combinato - Tariffa 169

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

Intermediario				Codice Collocatore			
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> 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.		ATECO 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 proposta/poli.
- 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 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

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 cod./desc.		ATECO cod./desc.	

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? SIIntende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI****Nominativo 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 potenziali di cui è indicata)

Classi di versamenti potenziali	range di versamenti potenziali	caricamento

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno nelle percentuali di cui è indicata:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA AZIENDALE ALTO POTENZIALE
XX %	

Il **Capitale assicurato**, che l'Impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, è costituito da 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: non è previsto il pagamento in contanti

Il pagamento del premio unico viene effettuato mediante bonifico a favore di 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 incomplete 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 nelle citate disposizioni e inerenti a:

1. Dati essenziali degli intermediari, le informazioni 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 distribuita 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 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.

Ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile, 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 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 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 e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Contraente_Assicurato_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso 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.

Il sottoscritto Contraente dichiara di NON avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere rapporti abbinati alla Gestione Separata collegata al contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi che, sommati 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, l'Impresa invierà al Contraente una Lettera di accettazione e conferma dell'emissione della polizza, che si intenderà perfezionata e conclusa con la corresponsione del premio unico da parte del Contraente.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: D (ed. 03/22), aggiuntivo IBIP (mod. V406 D ed. 08/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, del Regolamento del Fondo Interno e del Glossario (mod. V406 CdA ed. 05/22) e il Modulo di proposta in fac-simile (mod. V406 M ed. 05/22). 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 maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente e l'Assicurato dichiarano, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di Assicurazione che statuiscono sulle limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiorazione 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 e i dati forniti nel presente Modulo di proposta costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto. Il Contraente e l'Assicurato danno il loro consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

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

Emessa il

Spazio riservato al Collocatore

Il sottoscritto Collocatore attesta 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, a garanzia della correttezza della compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI****V00000000000000000000