

**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 per l'aderente" 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](http://www.sara.it)

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

<b>Agenzia</b>		<b>Subagenzia</b>	
XXX XXXXXX			
<b>Aderente</b>			
Cognome e Nome XXXXX		Sesso	Cod. Fiscale XXXXX.XXX
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		documento	Ente di rilascio Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data di rilascio/rinnovo	di residenza 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 confermo 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 suddetto indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo [assistenzaclienti@sara.it](mailto:assistenzaclienti@sara.it)

All'interno della Sua **Area riservata** disponibile sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it) e sulla app SaraConMe, potrà trovare tutte le informazioni relative al contratto e consultare la Sua posizione previdenziale.

Potrà registrarsi alla Sua **Area riservata** in modo semplice e veloce, utilizzando il Codice Cliente, la Sua data di nascita e un Suo indirizzo e-mail valido.

**Titolo di studio**

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

**Tipologia aderente**

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

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. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX**

**Sara Vita Spa**

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

**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 alcuno od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto.

L'Aderente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1311 e 1342 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni, le esenzioni dal rischio e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la validità del contratto e che l'Impresa 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 il premio nella prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione con periodicità semestrale, trimestrale o mensile.

Aderente

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

**Contributi versati direttamente dall'Aderente** (comprensivi della spesa da sostenere in caso 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](http://www.sara.it))

**Opzione di investimento**

Sulla base delle scelte dell'Aderente, i contributi vengono destinati alla Gestione Separata e al Fondo Interno nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FUTURO&PREVIDENZA		Fondo Interno SARA PREVIFUTURO	
CATEGORIA: GARANTITA	Comparto Obbligazionario Europeo	Comparto Obbligazionario Europeo	Comparto Azionario Internazionale
CATEGORIA: GARANTITA	CATEGORIA: OBBLIGAZIONARIO PURO	CATEGORIA: OBBLIGAZIONARIO PURO	CATEGORIA: AZIONARIO
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

Si desidera attivare l'opzione L...? **SI NO**

**Il contributo annuo:**

- alle scadenze di pagamento del contratto viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di trasferibilità, intestato all'Impresa, 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 periodicità annuale, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SDD)
- alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SDD)

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

In termini generali, la valuta riconosciuta dall'Impresa ai mezzi di pagamento sopra indicati, ai fini contrattuali, è la successiva tra la data di decorrenza e la data di disponibilità del pagamento.

**POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX**

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)



## Dichiarazione dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 11/22) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 11/22)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it) la Nota Informativa (V394A ed. 11/22), il Regolamento (V394 ed. 11/22) e ogni altra documentazione attinente 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 dell'art. 107 e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure, invitando l'Aderente a consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si intende perseguire
  - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito [www.sara.it](http://www.sara.it)
- 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 60 giorni dalla ricezione della lettera di adesione e che, in caso di inadempimento, l'Impresa 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 pensione interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione della mensilità di cessazione amministrativa, l'Impresa 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;
- relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Aderente, l'Aderente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di Assicurazione che prevedono limitazioni-carenza. Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Aderente, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, lo stesso dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono un elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle stesse.

Ai 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 inerenza.

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 svolta 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 di poter revocare il presente Modulo di adesione fino alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta all'Impresa - con lettera raccomandata indirizzata a: Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma, in cui si esprime la volontà di liberare l'Aderente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso abbia versato l'IVA della quota parte di contributo afferente ad essa, relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

Sara Vita Spa

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

**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 attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concluso in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché esse possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il Titolare ai recapiti indicati nell'informativa.

Data di adesione XX/XX/XXXX

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 contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli effetti dell'art. \_\_\_\_\_

Data di adesione XX/XX/XXXX

Rappresentante legale



**POLIZZA N. XXXXXXXX      Agenzia XXX XXXXXXX**

**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 per quanto riguarda il fine 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 verificarsi 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, 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 con la busta recapitata 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 Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere quanto tempo lavorare e quanto tempo pensione 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 pensionistica 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 riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8, 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerti dal Fondo Pensione, sulla base della griglia di valutazione riportata nella pagina seguente:

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

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 



**LIBERO DOMANI**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

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

**Aderente:**

Sig. XXXXX Cod. Cliente: XXXXXX nato il XX/XX/XXXX Codice fiscale: XXXXXXXX XXX

La polizza ha decorrenza XX/XX/XXXX e una durata a vita intera.

A fronte della corresponsione del premio/contributo complessivo di Euro XX sarà versata con periodicità XXXXX, il contratto prevede le prestazioni contrattuali indicate di seguito.

A partire dalla ricorrenza anniversaria del XX/XX/XXXX, l'importo del premio/contributo di euro XXXX sarà rivalutato annualmente nella misura del 1,00 %.

**PRESTAZIONI CONTRATTUALI**

- A fronte del premio/contributo destinato alla Gestione Separata pari ad Euro 1,00, l'Impresa garantisce il **Capitale Assicurato** di Euro XXX che verrà rivalutato annualmente secondo le norme e modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione presente nelle Condizioni di Assicurazione e nel Regolamento della Gestione Separata FUTURO&PREVIDENZA.

- il premio/contributo destinato al Fondo Interno pari ad Euro 1,00 sarà oggetto al **Capitale Variabile**, espresso in quote, che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

Le prestazioni di cui sopra verranno liquidate alle condizioni e secondo le modalità previste nel D.Lgs 252/05.

In aggiunta a quanto sopra, l'Impresa garantisce all'Aderente la seguente prestazione:

- In caso di morte dell'Assicurato, qualora avvenga entro il XX/XX/XXXX, verrà liquidato il capitale assicurato di Euro XX. La copertura assicurativa di cui sopra, che ha decorrenza XX/XX/XXXX, viene garantita per una durata di X anni, dietro il pagamento di un Premio annuo di Euro XX che verrà corrisposto, in misura costante, per X anni e, comunque, non oltre l'anno assicurativo in corso al momento della morte dell'Assicurato.

La garanzia di cui sopra viene prestata sulla base delle seguenti dichiarazioni dell'Aderente 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 attività professionale considerate a rischio;
- Non esercitare nessuna attività sportiva 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 Condizioni di Assicurazione della prestazione assicurativa accessoria. L'Aderente dichiara inoltre che le sue condizioni di salute sono rimaste immutate dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

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

Nominativo

100,00%

**POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX**

**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** 

Fanno parte integrante della presente polizza: la Nota Informativa (V394A ed. 11/22), il Regolamento (V394B ed. 11/22), le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 11/22) incluso l'Allegato Condizioni di Assicurazione della prestazione assicurativa accessoria, il Documento sul regime fiscale (V394D ed. 11/22), il Documento sulle anticipazioni (V394E ed. 11/22), il Documento sulle rendite (V394F ed. 11/22), e l'Appendice alla Nota Informativa "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 11/22) nonchè 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 XX/XX/XXXX

L'ADERENTE  
(data e firma)

RAPPRESENTANTE  
se l'Aderente è minore o legittimario

Il Direttore Generale



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

Per l'Agenzia \_\_\_\_\_

per l'autentica della firma



AAAAMDDDOSSI\*\*\*\*V00000000000000000000

**POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXXX**

**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)

