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

Agenzia	**Subagenzia**
XXX XXXXXX	

Aderente

Cognome e Nome			Codice Fiscale		
XXXXX			**XXXXXXXXXXXXX**		
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	Locali...	Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento			...umento Ente di rilascio		Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data di rilascio/rinnovo	...ata di scadenza	Cellulare	e-mail
Professione	Titolo di studio		Sot... ...ppo attività	ATECO	

L'Aderente sceglie di ricevere le comunica... obbligatorie successive alla stipula del presente contratto :
☐ tramite e-mail all'indirizzo **MAIL@ESE...D.IT** , che conferma con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione
☐ su supporto cartaceo mediante posta a... irizzo
☐ su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al ... e per le comunicazioni successive alla presente scelta.
Eventuali aggiornamenti/variazi... del suo ind... ...ovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra ind... ...ché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

All'interno della Sua **Area rise...** di... ...sito www.sara.it e sulla app SaraConMe, potrà trovare tutte le informazioni relative al contratto e consultare la Sua posizione pre... ...ziale.
Potrà registrarsi alla ... **Area ri...** ...modo semplice e veloce, utilizzando il Codice Cliente, la Sua data di nascita e un Suo indirizzo e-mail valido.

Titolo di stud...

☐ Licenza ... ☐ Licenza media inferiore ☐ Diploma professionale ☐ Diploma media superiore
☐ Diploma uni... ...o/laurea triennale ☐ Laurea/laurea magistrale ☐ Specializzazione post-laurea ☐ Nessuno

Tipologia aderente

☐ Lavoratore dipenden... settore privato
☐ Lavoratore dipendente del settore pubblico
☐ Lavoratore autonomo, libero professionista
☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Soggetto fiscalmente 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%

FAC-SIMILE

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 comportare 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
- 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 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 1341 e 1342 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del 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 ed efficacia 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 anticipatamente la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione con periodicità semestrale, trimestrale o mensile.

Firma dell'Aderente

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

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi della spesa da sostenere in fase 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)

Opzione di investimento

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

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

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

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, 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.

FAC-SIMILE

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. 03/23) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 03/23)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito www.sara.it la Nota Informativa (V394A ed. 03/23), 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 "Progettazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP, contenente le proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipologiche da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole perseguire
  - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.sara.it
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 30 giorni dall'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 l'Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministratica, 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, lo stesso dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di assicurazione stabiliscono le 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 elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni rese.

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 e precisamente:

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

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

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

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

FAC-SIMILE

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)

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 conclud[illegible] in es[illegible]re con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché q[illegible] poss[illegible] effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titol[illegible] [illegible] ai recapiti indicati nell'informativa.

Data di adesione XX/XX/XXXX	**Aderente**
(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)	**Rappresentan[illegible]egale**

Clausola espromissoria (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente i[illegible]ap[illegible]

Il/la sottoscritto/a _____ Rappresentante legale dell'Aderente, dichiara [illegible] assumere [illegible] qu[illegible]iasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi e per gli [illegible] dell'art. 1272 [illegible]

Data di adesione XX/XX/XXXX	**Rappre[illegible]tan[illegible]le**

[illegible]MDD[illegible]OSSI_A**V00000000000000000000

FAC-SIMILE

POLIZZA N. XXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

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 particolaredi 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 al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalle 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 percepito prima del pensionamento (in percentuale)?

per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dal sistema sul sito web ovvero a Lei 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 se versare al fondo 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 oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazione del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti *(punteggio 1)*
- ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute 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 offerte dal Fondo Pensione, sulla base dela griglia di valutazione riportata nella pagina seguente:

FAC-SIMILE

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)

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

La scelta di un percorso life-cycle è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal 'Questionario di autovalutazione'.

In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del 'Questionario di autovalutazione' non risulta possibile e l'Aderente è tenuto a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

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

Data di adesione XX/XX/XXXX	**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. 21 novembre 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 identificazione personale del firmatario.

FAC-SIMILE

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)