

Sara Valore Combinato - Tariffa 169

Contratto di Assicurazione Multiramo, a premio unico e con possibilità di versamenti a rate

Intermediario		Codice Collocazione	
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al 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	Cellulare e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla sottoscrizione del presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione del presente contratto
 su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____
 su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e alle comunicazioni successive alla presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo 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

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 %

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? SI

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 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 in tabella)

Classi di versamenti potenziali	range di versamenti potenziali	caricamento %

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	PARAZIO	ALTO POTENZIALE
XX %		XX %

Il **Capitale assicurato**, che l'Impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, consiste nella 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 previsto 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 INTERADRIA Spa

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 reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il contratto e la 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 prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli interventi di prevenzione 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 IBIP (**allegato n.4 bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle attività di competenza del distributore (**allegato n.4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documenti sintetici di esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 19 del Codice Civile l'Assicurato, 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 stato 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 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.

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 conclusione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, o come a tutti i 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 (per esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in corso contratti assicurativi alla Gestione Separata collegata al contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi che, sommati al presente versamento, 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 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 documenti (mod. 01/23), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V406 D ed. 04/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, del Regolamento del Fondo Interno e del Glossario (mod. V406 CdA ed. 04/23) e il Modulo di proposta in fac-simile (mod. V406 ed. 04/23). 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 dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli e Condizioni di Assicurazione statuenti le limitazioni-carezza.

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 i dati forniti nel presente Modulo di proposta costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto che l'Impresa presta il suo consenso all' Assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

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

Emessa il

Spazio riservato al Collocatore

Il sottoscritto Collocatore attesta l'autenticità delle dichiarazioni rese dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale Rappresentante in caso di Contraente minore o incapace.

Nome e Cognome del Collocatore	Firma del Collocatore (*)	Firma e timbro COPERINICO SIM S.P.A.
--------------------------------	---------------------------	--------------------------------------

(*) Firma del Collocatore ricevuta e richiesta in fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

