

## ContoCheVale

### Assicurazione a Vita Intera, a premio unico

<b>Agenzia</b>						<b>Subagenzia</b>			
<b>Proposta</b>		<b>Tariffa</b>		<b>Decorrenza</b>		<b>Durata</b>		<b>Scadenza</b>	
<b>vita intera</b>									
<b>Contraente - persona fisica</b> <input type="checkbox"/> <b>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: <input type="checkbox"/> se si indicare il numero della tessera ACI <input type="checkbox"/> e la data di scadenza <input type="checkbox"/>									
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:									
<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 esclusivamente 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				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.			
<b>Beneficiari in caso di morte</b>									
Nominativo							100,00%		
Intende indicare un referente diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? <b>SI</b>									
<b>Nominativo REFERENTE TELECOMUNICAZIONI</b> <input type="checkbox"/> <b>Cognome e Nome</b> <input type="checkbox"/> <b>Indirizzo</b> <input type="checkbox"/> <b>E-mail</b> <input type="checkbox"/> <b>Numero telefono</b> <input type="checkbox"/>									

**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** 

## Caratteristiche del contratto

Il presente contratto è utilizzato per il reinvestimento - totale o parziale - dell'importo netto ottenuto come liquidazione del contratto di Sara Vita Spa, per il quale il Contraente del presente contratto risulta essere stato Beneficiario.

PREMIO UNICO: €

Dietro versamento del Premio Unico di cui sopra, l'Impresa garantisce la liquidazione del capitale assicurato di € in caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione e al Regolamento Fondo Più.

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta 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 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 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 inerenti a:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del contraente (allegato al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo IBIP (allegato 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 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

## Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di ricezione 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 di recesso sarà versata 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 del documento (Informativa\_Contraente\_Assicurato\_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, consente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, 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.

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 sottoscritto Contraente dichiara di 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 contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al presente 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.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 01/23), DIP Aggiornato (DIP (mod. V404 D ed. 05/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V404 PP ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V404 PP ed. 05/23).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

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

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il 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 la tutela al consumatore).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione in pari data sul 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** 