

SaraSceltaPiù - Tariffa 171

Contratto di Assicurazione sulla Vita in forma di Vita Intera di tipo Multiramo,
a premio unico e con possibilità di versamenti aggiuntivi

Intermediario	Codice	scatone
---------------	--------	---------

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 ATECO cod./desc.

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

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta;
- 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 comunicati esclusivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assicurati@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	ATECO	cod./desc.		

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100

Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: euro
PREMIO INVESTITO: euro

Classi di versamenti potenziali	range di versamenti potenziali	Importo potenziale

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

Gestione Separata FONDO PIU'	SARAVITA FONDO VARIABILE
%	%

Il **Capitale assicurato**, che l'Impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, a fronte della 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 IT39R030691271110000013035 presso BANCA INTESA SPA

Le spese relative alla modalità di pagamento sono a carico dell'Assicurato

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o truccate rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alle prestazioni assicurative.

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 4 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 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 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 regole di comportamento del distributore (**allegato n.4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi 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.

Revocabilità della proposta e recesso dal contratto

Il Contraente, prima 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 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 avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio, fatti di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere contratti assicurativi con la Compagnia 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: (mod. 05/23), Dichiarazione aggiuntiva IBIP (mod. V412 D ed. 05/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, Regolamento del Fondo Interno e del Glossario (mod. V412 CdA ed. 04/23) e il Modulo di proposta in fac-simile (mod. 05/23). 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 delle Condizioni di Assicurazione statuenti le 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, che l'Assicurato ha dato 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 firme apposte 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 SCM SIM Spa
--------------------------------	---------------------------	----------------------------

(*) Firma del Collocatore che ha ricevuto la polizza in nome e a fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***V000000000000000000