

SaraInvestoBene

Assicurazione a Vita Intera a premio unico, con possibilità di versamenti aggiuntivi

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------|-----------|-----------------|---------|
| Agenzia | | | | | | Subagenzia | | | |
| Proposta | | Tariffa | | Decorrenza | | Durata | | Scadenza | |
| vita intera | | | | | | | | | |
| Contraente - persona fisica <input checked="" type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante) | | | | | | | | | |
| <small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small> | | | | | | | | | |
| Socio ACI: NO se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 telefonicamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenza@saravita.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. | | | |

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 

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

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 referente terzo Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

Caratteristiche del contratto

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 n. 10 Più.

Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento in contanti

Il premio unico 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, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

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 ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni citate, 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 lavoro del contraente (allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento all'attività assicurativa 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 degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia presente, 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 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 polizza, l'Impresa rimborsa 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 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.

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 

