

**SARADANAIO**

**Assicurazione a capitale differito rivalutabile a premi unici ricorrenti e con possibilità di versamenti aggiuntivi, con bonus di fedeltà e possibilità di prestazione potenziate caso morte e invalidità**

<b>Agenzia</b>						<b>Subagenzia</b>			
<b>Proposta</b>		<b>Tariffa</b>		<b>Decorrenza</b>		<b>Durata</b>		<b>Scadenza</b>	
<b>Contraente - <input type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> 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: <b>NO</b> 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		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 e di:									
<input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta.									
<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 tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo di assistenza clienti _____.									
<b>Assicurato</b>									
Cognome e Nome				Sesso		Codice Fiscale			
Data di nascita		Età assicurativa		Luogo di nascita		Prov.		Nazione	
Indirizzo di residenza				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 vita:

Nominativo 100,00%

### in caso di morte:

Nominativo 100,00%

## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONI IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO

#### alla scadenza del contratto:

**Capitale assicurato:** Euro

Il capitale assicurato in caso di vita a scadenza è rivalutato annualmente nella misura e secondo le modalità descritte nella Clausola di Rivalutazione e nel Regolamento della Gestione Separata, parti integranti delle Condizioni di Assicurazione.

### PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO ENTRO LA SCADENZA DEL CONTRATTO

un importo pari ad Euro , che verrà rivalutato annualmente nella misura e secondo le modalità descritte nella Clausola di Rivalutazione e nel Regolamento della Gestione Separata Fondo Più, parti integranti delle Condizioni di Assicurazione.

Tutte le prestazioni sopra indicate vengono garantite a fronte della corresponsione del Premio unico ricorrente di Euro , versato con periodicità

A partire dalla ricorrenza anniversaria del , l'importo del Premio unico ricorrente di cui sopra sarà rivalutato annualmente nella misura del %

L'ultimo premio da corrispondere sarà quello con scadenza .

L'importo del Premio unico ricorrente, per tipologia di prestazione ed ai sensi dell'Art. 13 comma 1 del D.Lgs. n. 118 del 28 febbraio 2000, è distinto come segue:

## Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento in un'unica soluzione.

### Il premio unico ricorrente:

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 del Contraente (SDD);

alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale o mensile, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento presunte sono a carico del Contraente.

## 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)



## 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 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 effettuata 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 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.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 22/05/2016, n. 112 - "Dopo di Noi".

### 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 comunicazione, l'Assicurato rimborsa al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informatica (formatiContrattoAssicurato\_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 alla Compagnia di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti necessari per la gestione del massimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informatica.

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 e i seguenti documenti: KID (ed. 01/23), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V388 D ed. 05/23), Condizioni di Assicurazione, compresi i documenti della Gestione Separata e del Glossario (mod. V388 CdA ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V388 P ed. 01/23).

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

**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** 

Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità 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, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni-carenza.

Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità 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 e l'efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

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 e dal Contraente, in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Legittimato ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati 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'identità 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)

