

Libero Domani - Tariffa 151

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

Modulo di adesione a Libero Domani n.

ATTENZIONE:

L'adesione a LIBERO DOMANI deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Le Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità".

La Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni di Assicurazione sono disponibili sul sito www.sara.it

Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Agenzia		Subagenzia	
XXX XXXXXX			
Aderente			
Cognome e Nome XXXXX		Sesso	Codice Fiscale XXXX-XXXX
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza	n	CAP	Località
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)		CAP	Località
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento	Ente di rilascio
Luogo di rilascio	Prov.	Data di rilascio	Data di scadenza
Professione	Titolo di studio	Attività	ATECO

L'Aderente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo **MAIL@ESEMPIO** che conferma con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suddetto indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché al contatto all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

All'interno della Sua **Area riservata** disponibile sul sito www.sara.it e sulla app SaraConMe, potrà trovare tutte le informazioni relative al contratto e consultare la Sua posizione previdenziale.

Potrà registrarsi alla Sua **Area riservata** semplice e veloce, utilizzando il Codice Cliente, la Sua data di nascita e un Suo indirizzo e-mail valido.

<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale	<input type="checkbox"/> Diploma media superiore
<input type="checkbox"/> Diploma laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea/laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea	<input type="checkbox"/> Nessuno

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente settore privato	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente settore pubblico	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo, libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al Fondo
--	---	---	--	---

Data di prima iscrizione alla previdenza complementare **DD/MM/AAAA**

Se già aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

- Denominazione altra forma pensionistica:
- Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:
- Scheda "I Costi" della forma pensionistica sopra indicata: consegnata non consegnata (*)

(*) Non è prevista la consegna della Scheda "I Costi" solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla

Soggetti che hanno diritto di riscattare la posizione previdenziale in caso di decesso dell'Aderente prima del pensionamento

Nominativo 100,00%

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

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 

Prestazione Assicurativa Accessoria collegata al contratto (si rimanda all'Allegato delle Condizioni di Assicurazione)

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costanti (di seguito TCM) NO SI

Dichiarazione dell'Aderente

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Aderente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

L'Aderente dichiara di:

- non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatorio ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto dalla tossicodipendenza o alcolismo
- non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO delle Condizioni di Assicurazione
- non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi.

L'Aderente conferma che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha fatto o ommesso nulla in nessuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto.

L'Aderente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1461 e 1462 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le modalità di assunzione del rischio e le limitazioni - carenze; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la valutazione dell'efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, l'Aderente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione a periodicità semestrale, trimestrale o mensile.

Aderente

Contributi e relative modalità di pagamento - ATTENZIONE: non previsto pagamento in contanti

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi della spesa per sostenere in fase di accumulo)

Contributo annuo € di cui € relativo alla TCM scelta dall'Aderente.

Indicizzazione del contributo annuo: SI NO
(al netto della quota parte del contributo riferita alla TCM, se scelta dell'Aderente)

Periodicità:
Contributi versati dal datore di lavoro: (se scelta l'opzione TCM il versamento a cura del datore di lavoro dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili dal sito www.sara.it)

Opzione di investimento

Sulla base delle scelte dell'Aderente i contributi sono destinati alla Gestione Separata e al Fondo Interno nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata		Fondo Interno SARA PREVIFUTURO	
FUTURO? EVIDENZA?	CATEGORIA: OBBLIGAZIONARIO PURO	Comparto Obbligazionario Europeo	Comparto Azionario Internazionale
CATEGORIA: OBBLIGAZIONARIO PURO	CATEGORIA: AZIONARIO		
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

Si desidera attivare l'opzione LIFE CYCLE ? **SI NO**

Il contributo annuo:

- 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 dell'Aderente (SDD)
- alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale e mensile, viene corrisposto con addebito SEPA sul conto corrente bancario dell'Aderente (SDD)

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico dell'Aderente.

In termini generali, la valuta riconosciuta dall'Impresa ai mezzi di pagamento sopra indicati, ai fini contrattuali, è la successiva tra la data di decorrenza e la data di disponibilità del pagamento.

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

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)



Dichiarazione dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" (V394A1 ed. 10/23) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 03/23)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito www.sara.it la Nota Informativa (V394A ed. 10/23), il Regolamento (V394A1 ed. 11/22) e ogni altra documentazione attinente al Fondo pensione.
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Complementare che redige la Scheda "I costi")
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità"
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Nota Informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità"
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Documentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, redatto in conformità alle istruzioni della Consob contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipologiche, e consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole perseguire
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.sara.it
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 30 giorni dall'Adesione e che, in caso di inadempimento, l'Impresa ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare il versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione il Contribuente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle disposizioni di gestione amministrativa, l'Impresa ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola Risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Aderente, lo stesso dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di Assicurazione che stabiliscono le limitazioni-carezza. Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Aderente, ai sensi degli articoli 1342 e 1343 del Codice Civile, lo stesso dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono l'elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni fatte dallo stesso.

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente 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 inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, le dichiarazioni 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 non-IBIP (**allegato n. 4 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 elementi della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Revocabilità dell'adesione e recesso dal contratto

L'Aderente dichiara di essere stato informato che può revocare il presente Modulo di adesione 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.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta all'Impresa - con lettera raccomandata indirizzata a: Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

Si precisa a tal fine che, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborsa all'Aderente un importo pari al contributo versato al netto, nel caso in cui sia scelta la TCM, della quota parte di contributo afferente ad essa, relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

POLIZZA N. XXXXXXXX

Agenzia XXX XXXXXX

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 

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Aderente:

• **DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa (Informativa Previdenziali 1.0);

• **ACCONSENTE** al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché questi possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare del RPD recapiti indicati nell'informativa.

Data di Adesione XX/XX/XXXX

Aderente

(nel caso in cui l'Aderente sia minore o legalmente incapace)

Rappresentante legale

Clausola espromissoria (da compilare solo in caso di Aderente minore o legalmente incapace)

Il/la sottoscritto/a _____ Rappresentante legale dell'Aderente dichiara di assumere tutti e qualsiasi obbligazione derivante dal contratto verso Sara Vita Spa, la quale libera contestualmente l'Aderente ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. n. 120/03.

Data di adesione XX/XX/XXXX

Rappresentante legale



AAAAMDDDOSSI_A**V00000000000000000000

FACILSIMILE

POLIZZA N. XXXXXXXX

Agenzia XXX XXXXXX

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)



QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

Il Questionario di autovalutazione non dovrà essere compilato in caso di Aderente minore e legalmente incapace

Conoscenze in materia di previdenza

1. Conoscenza dei Fondi Pensione

- Ne so poco
- Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
- Ho una conoscenza dei diversi tipi di Fondi Pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al Fondo Pensione

- Non ne sono al corrente
- So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- So che le somme versate sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalle legge

3. A che età prevede di andare in pensione?

anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito annuo lordo, prima del pensionamento (in percentuale)?

per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dal sito web del Fondo Pensione o al sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- SI
- NO

6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione' della Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere se investire al fondo pensione per ottenere una integrazione sulla Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione patrimoniale e familiare?

- SI
- NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelto, è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 euro e fino a 5.000 euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 euro (punteggio 3)
- Non so / non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di percepire la prestazione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura sei disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazione del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio sopra indicato viene riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8, 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione, sulla base della griglia di valutazione riportata nella pagina seguente:

POLIZZA N. XXXXXXXX

Agenzia XXX XXXXXX

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 

Categoria del comparto	GRIGLIA DI VALUTAZIONE		
	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
	Garantito Obbligazionario puro Obbligazionario misto	Obbligazionario misto Bilanciato	Bilanciato Azionario

La scelta di un percorso life-cycle è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal 'Questionario di autovalutazione'.

In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del 'Questionario di autovalutazione' non risulta positiva ed è l'Aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

L'Aderente attesta che il Questionario di autovalutazione è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Data di Adesione XX/XX/XXXX

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal suo rappresentante in caso di Aderente minore o incapace.

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.



AAAAMDDDOSSI_Q**V00000000000000000000

POLIZZA N. XXXXXXX

Agenzia XXX XXXXXXX

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

**LIBERO DOMANI
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Il presente contratto rappresenta un Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo pensione - sensi dell'art.13 del D.Lgs 252/05. Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5092

Aderente:

Sig. XXXXX Cod. Cliente: XXXXXX nato il XX/XX/XXXX Codice fiscale: XXXXXXXXXX

La polizza ha decorrenza XX/XX/XXXX e una durata a vita intera.

A fronte della corresponsione del premio/contributo complessivo di Euro XX che verrà versato in periodicità XXXXX, il contratto prevede le prestazioni contrattuali indicate di seguito.

A partire dalla ricorrenza anniversaria del XX/XX/XXXX, l'importo del premio/contributo di euro XXXX sarà rivalutato annualmente nella misura del 1,00 %.

PRESTAZIONI CONTRATTUALI

- A fronte del premio/contributo destinato alla Gestione Separata pari ad Euro 1,00, l'Impresa garantisce il **Capitale Assicurato** di Euro XXX che verrà rivalutato annualmente secondo le norme e modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione presente nelle Condizioni di Assicurazione e nel Regolamento della Gestione Separata **FUTURO&PREVIDENZA**.

- il premio/contributo destinato al Fondo Interno pari ad Euro 1,00 sarà luogo al **Capitale Variabile**, espresso in quote, che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

Le prestazioni di cui sopra verranno liquidate alle condizioni secondo le modalità previste nel D.Lgs 252/05.

Beneficiari delle prestazioni garantite per il caso di morte della presente polizza sono:

Nominativo	100,00%
------------	---------

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXX

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 

Fanno parte integrante della presente polizza: la Nota Informativa (V394A ed. 10/23), il Regolamento (V394B ed. 11/22), le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 10/23) escluso l'Allegato Condizioni di Assicurazione della prestazione assicurativa accessoria, il Documento sul regime fiscale (V394D ed. 11/22), il Documento sulle anticipazioni (V394E ed. 11/22), il Documento sulle rendite (V394F ed. 11/22), e l'Appendice alla Nota Informativa "Informativa sulla solvibilità" (V394AP ed. 03/23) nonchè le dichiarazioni rese e sottoscritte dell'Aderente nel Modulo di adesione.

L'Aderente dichiara di aver ricevuto la Documentazione contrattuale obbligatoria e di conoscere e accettare tutte le condizioni e clausole ivi comprese.

Emessa il XX/XX/XXXX

L'ADERENTE
(data e firma)

RAPPRESENTANTE LEGALE
se l'Aderente è minore o legalmente incapace

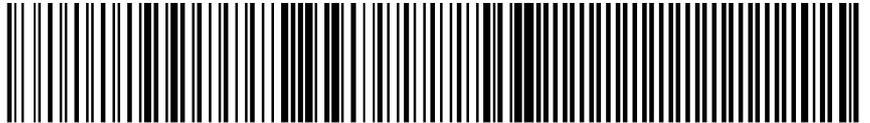
Il Direttore Generale



Il pagamento del Premio di Euro _____ è stato effettuato il _____ con registrazione il giorno _____ sul Diario Casi _____

Per l'Agenzia _____

per l'autentica della firma



AAAAMDDDOSSI***V00000000000000000000

POLIZZA N. XXXXXXXX Agenzia XXX XXXXXXX

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)

