

SaraPiùForte

Contratto di Assicurazione multiramo, a premi unici ricorrenti e con possibilità di versamenti aggiuntivi, con bonus di fedeltà, e con facoltà di prestazioni potenziata caso morte e invalidità

Agenzia				Subage.	
AGENZIA XXX					
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata pagamento premi	Scadenza pagamento premi	
			20		
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati riferiti al legale rappresentante)					
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente					
Socio ACI: NO se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza					
Cognome e Nome			Sesso	Codice	
Data di nascita	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.	
Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del 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 tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@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 cod./desc.		ATECO cod./desc.	

POLIZZA N. Agenzia AGENZIA XXX

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)

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

Le prestazioni di seguito indicate, vengono liquidate a fronte della corresponsione del Premio unico ricorrente di Euro che viene versato con periodicità **SEMESTRALE** il GG/MM GG/MM di ogni anno per la durata pagamento premi prevista.

L'ultimo premio da corrispondere sarà quello con scadenza .

Sulla base delle scelte del Contraente, il Premio unico ricorrente viene destinato alla Gestione Separata e ai Fondi Interni nelle percentuali di seguito indicate:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	FONDI INTERNI	ALTRI
Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %	Percentuale XX %

A fronte della quota parte del Premio unico ricorrente destinato alla Gestione Separata, l'Impresa garantisce un **Capitale assicurato**, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e all'investimento di cui all'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000.

La quota parte del Premio unico ricorrente destinato ai Fondi Interni, darà luogo al Capitale variabile espresso in €.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita commissione di gestione da parte dell'Impresa.

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

Nel corso della durata pagamento premi, l'Impresa liquiderà le seguenti commissioni, calcolate sulla base del Premio unico ricorrente di € .

Bonus fedeltà alla 10^a ricorrenza annuale del contratto: Euro **XXX,XX**

Bonus fedeltà alla 15^a ricorrenza annuale del contratto: Euro **XX,XX**

Bonus fedeltà al termine pagamento premi: Euro **XXX,XX**

PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenuta, l'Impresa liquiderà la prestazione indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di morte dell'Assicurato entro la durata pagamento premi prevista, in aggiunta alla prestazione di cui sopra, l'Impresa garantisce altresì la liquidazione di un importo pari ad Euro , diminuito di Euro per ogni anno intero trascorsi fra la data di decorrenza del contratto e la data di decesso dell'Assicurato.

Ai fini della corresponsione di tale importo si farà riferimento al quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ

Nel caso in cui l'Assicurato divenga invalido in modo totale e permanente entro la durata pagamento premi prevista, i premi residui verranno riconosciuti al contratto direttamente dall'Impresa, secondo quanto più dettagliatamente descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

L'importo del Premio unico ricorrente, per quanto riguarda la prestazione ed ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000, è distinto come segue:

Prestazione caso morte: €

Prestazione invalidità: €

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

Il premio unico ricorrente:

- alla data di pagamento del premio 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 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 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.

La presente polizza è stata emessa sulla base delle seguenti dichiarazioni dell'Assicurato di:

- Non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative
- Non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori o ospedali per malattie gravi o comunque significative
- Non aver subito interventi chirurgici significativi
- Non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto da tossicodipendenza o alcolismo
- Non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio
- Non esercitare nessuna delle attività sportive considerate a rischio
- Non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi

L'elenco delle malattie e degli interventi chirurgici definiti come gravi o significativi e delle professioni e attività sportive considerate a rischio, è riportato nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, sottoscritto, dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni di legge, e, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

- Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e contatti telefonici del Contraente (allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
- 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);
- Elenco delle regole di comportamento del distributore (allegato n.4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
- Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esiti della 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 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.

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 SpA, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare i propri trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai contatti indicati nell'informativa.

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

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 10/23), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V413 D ed. 10/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V413 CdA ed. 10/23) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V413 PP ed. 10/23).

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

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 esposti nelle 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 sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

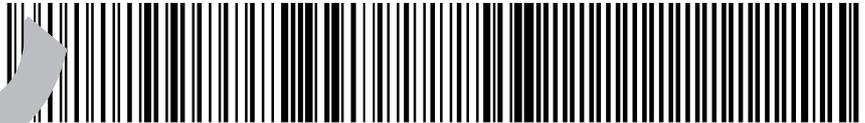
Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento del Premio di Euro **XXXX,XX** è stato effettuato _____ con registrazione il giorno _____ 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 per la corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI***V000000000000000000

POLIZZA N. Agenzia AGENZIA XXX

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)

