

## Sara Bi-Fuel PIR

Assicurazione sulla vita in forma a Vita Intera, di tipo Multiramo  
a Premio Unico con possibilità di Versamenti Aggiuntivi

Sara Bi-Fuel PIR è costituito da un Piano di Risparmio a lungo termine - PIR introdotto dalla normativa italiana con Legge di Bilancio 2017, integrata dalla Legge di Bilancio 2018 e dal Decreto Fiscale collegato alla Legge di Bilancio 2020 e successive modifiche e integrazioni.

Agenzia		Subagenzia
---------	--	------------

Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza
			vita intera	

**Contraente - Assicurato** di seguito tale figura viene indicata come 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 ATECO  
cod./desc. cod./desc.

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

- tramite e-mail all'indirizzo , che conferma con la sottoscrizione e dell' proposta/polizza
- 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 comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo [assistenzaclienti@sara.it](mailto:assistenzaclienti@sara.it)

**Beneficiari in caso di morte**

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

**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](mailto:saravita@sara.telecompost.it) [info@sara.it](mailto: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** 

## Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: €  
PREMIO INVESTITO: € (al netto dei caricamenti previsti)

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno come segue:

### Gestione Separata FONDO PIU'

Percentuale %  
Importo €

### Fondo Interno SARA PMI ITA'

Percentuale %  
Importo €

A fronte della quota parte del Premio investito destinato alla Gestione Separata, l'impresa garantisce, in caso di decesso assicurato, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di €, che verrà rivalutato annualmente secondo la modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e al Regolamento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio investito destinato ai Fondi Interni, pari ad €, darà luogo al **Capitale variabile**, espresso in quote, che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

## 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, multa postale, carta 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, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

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

## Dichiarazioni del Contraente

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente 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, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle citate norme, 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.5 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste di coperture assicurative.

## 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'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 interviene dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o rinnovare 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 

## Dichiarazioni del Contraente (segue)

Il sottoscritto Contraente dichiara di avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al presente contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi che, sommati al presente versamento, superano complessivamente l'importo di € 5.000.000

Con la firma sotto riportata, il Contraente conferma la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Contraente/Legale Rappresentante

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 01/24), DIP Aggiuntivo (mod. V399 D ed. 01/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, del Regolamento dell'Impiego e del Glossario (mod. V399 CdA ed. 01/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V399 PP ed. 01/24). Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente altresì dichiara specificatamente:

- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza risulta essere fiscalmente residente in Italia e di essere consapevole che la variazione di residenza fiscale fa venir meno i benefici fiscali del Piano di Risparmio a lungo termine - PIR; si impegna quindi ad informare l'Impresa in qualsiasi caso di cambiamento di residenza fiscale nel corso della vita della polizza; no
- che sottoscrive la presente Proposta/Polizza al di fuori dell'esercizio dell'attività di impresa commerciale; si  no
- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza non risulta essere beneficiario di un altro Piano di Risparmio a lungo termine - PIR. si  no

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, oltre, 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 dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa provvederà al suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Contraente/Legale Rappresentante

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 la veridicità delle firme apposte dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ è stato effettuato il \_\_\_\_\_ 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 richiesto la polizza, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



## 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