

Sara Gestione Valore - Tariffa 125

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

Intermediario Banca Finnat	Codice Collocatore
--------------------------------------	---------------------------

Contraente - persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia e Nazione
Indirizzo di residenza	CAP Località	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo Data scadenza Cellulare
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività ATECO 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 della presente 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 polizza scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente alla Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenziaclienti@sara.it

Assicurato		
Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita
Indirizzo di residenza	CAP Località	Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo Data scadenza Cellulare e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività ATECO cod./desc.

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? SI

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 Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: euro

Dietro versamento del **Premio Unico** di cui sopra, l'Impresa garantisce, in caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenuta, la liquidazione del **Capitale Assicurato** che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

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

Il pagamento del premio unico viene effettuato mediante bonifico a favore di Sara Vita Spa sulle seguenti coordinate:
IBAN IT39R0306912711100000013035 presso BANCA INTESA Spa

Le spese relative alla modalità di pagamento 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 richiedenti 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 in vigore, tra cui, 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 del contratto (allegato n.3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo BIP (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.

Revocabilità della proposta e recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che può revocare la presente Modulistica fino alla data di conclusione del contratto e che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere allo 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

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

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.

Il sottoscritto Contraente dichiara di NON avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio società 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 contratto, sui quali, nell'ultimo anno, sono stati versati premi che, sommati al presente versamento, superano complessivamente l'importo di € 5.000.000.

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, confermano la veridicità dei dati e delle dichiarazioni riportate nel presente documento.

Sulla base dei dati contenuti nel presente Modulo di proposta, l'Impresa invierà al Contraente una Lettera di accettazione e conferma dell'emissione della polizza, che si intenderà perfezionata e conclusa con la corresponsione del premio unico da parte del Contraente.

Assicurato	Contraente
------------	------------

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti (mod. 01/24), il Set Informativo IBIP (mod. V407 D ed. 01/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata (mod. V407 CdA ed. 01/24) e il Modulo di proposta in fac-simile (mod. V407 PP ed. 01/24). Il Contraente dichiara di aver ricevuto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione. Il Contraente dichiara di aver ricevuto il presente Modulo di proposta.

Assicurato	Contraente
------------	------------

Emessa il

Spazio riservato al Collocatore

Il sottoscritto Collocatore attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato o dal Contraente o dal Legale Rappresentante in caso di Contraente minore o incapace.

Nome e Cognome del Collocatore	Firma del Collocatore (*)	Firma e timbro BANCA FINNAT EURAMERICA SPA
--------------------------------	---------------------------	---

(*) Firma del Collocatore che ha ricevuto la richiesta, facente fede per la corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

