

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				Agenzia					
XXX XXXXXX									
Aderente									
Cognome e Nome XXXXX			Sesso		Codice fiscale XXXXXX XXX				
Data di nascita		Luogo di nascita		Prov.		Nazione			
Indirizzo di residenza		n		CAP Località		Prov. Nazione			
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza, per inoltro corrispondenza)			CAP Località		Prov. Nazione				
Tipo di documento di riconoscimento			Numero documento		rilascio		Cittadinanza		
Luogo di rilascio		Prov.		Data di rilascio/rinnovo		Differenza		Cognome e-mail	
Professione		Titolo di studio		Sottogruppo attu.		ATECO			

L'Aderente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive al presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo **MAIL@ESEMPIO.IT**, 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 e alle comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo aggiornamenti@www.sara.it

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

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

Titolo di studio

- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Diploma professionale
- Diploma media superiore
- Diploma universitario/laurea triennale
- Laurea/laurea magistrale
- Specializzazione post-laurea
- Nessuno

Tipologia aderente

- Lavoratore dipendente del settore privato
- Lavoratore dipendente del settore pubblico
- Lavoratore autonomo/consulente/pensionista
- Soggetto diverso da quelli sopra indicati
- Soggetto fiscalmente a carico di un altro individuo

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 di adesione 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%

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.

La informiamo che ai sensi della Legge 7 dicembre 2023 n.193, che ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", Lei non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa ad eventuali patologie oncologiche dalle quali è guarito ai sensi di legge: si è considerati guariti qualora siano trascorsi 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia è insorta prima del 21° anno di età) dalla conclusione del trattamento attivo della patologia senza episodi di recidiva e ricadute.

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 taciuto, omissis o alterato alcuna 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 1341 e 1342 del Codice Civile e degli articoli 3 e 4 dell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni dall'assunzione del rischio e le limitazioni - carenza; dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di non essere in buona fede e di non aver fornito informazioni ed i dati forniti nel presente Modulo di adesione 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.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, l'Aderente ha l'obbligo di versare interamente e con regolarità del contributo, relativamente alla quota parte afferente alla TCM, anche se viene scelta la corresponsione con premio a rate mensili, trimestrali o mensili.

Aderente

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

Contributi versati direttamente dall'Aderente (comprensivi dell'eventuale spesa da addebiitare in caso di premio di accumulo)

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

Indicizzazione del contributo annuo: NO SI

(al netto della quota parte del contributo riferita alla TCM, se scelta dall'Aderente)

Il contributo annuo verrà corrisposto con frazionamento:

Contributi versati dal datore di lavoro: contribuzione TFR (il versamento a cura del datore di lavoro dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili dal sito www.sara.it)

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 

Opzione di investimento

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

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

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

Ciascun versamento può essere corrisposto con le modalità di pagamento di seguito indicate:

Alla **data di perfezionamento** le modalità di pagamento per il **contributo ricorrente** sono:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile
- ordine di bonifico
- altro mezzo di pagamento bancario o postale.
- sistema di pagamento elettronico

alle successive date di pagamento del contributo ricorrente - o rata del contributo:

- **nel caso in cui la periodicità prescelta sia annuale:** una delle modalità previste per il versamento alla data di perfezionamento ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente - SDD

- **nel caso in cui la periodicità prescelta sia trimestrale, semestrale o mensile:** il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente - SDD.

Versamento diverso dal contributo ricorrente: viene corrisposto con una delle modalità previste per il versamento alla data di perfezionamento.

Qualsiasi sia la scelta della modalità di pagamento, i mezzi di pagamento devono essere intestati all'Impresa, ovvero all'Intermediario espressamente in tale qualità.

Nel caso in cui l'Intermediario non appartenga alla Rete Agenziale SARA le modalità di pagamento previste sono le seguenti:

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico all'Impresa sul conto direzionale dedicato

- **alle successive date di pagamento,** indipendentemente dalla periodicità, è previsto il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente - SDD.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sull' Aderente.

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

Dichiarazione dell'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" (V394A ed. 03/24) della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" (V394AP ed. 03/24)
- di essere stato informato che sono disponibili sul sito www.sara.it la Nota Informativa (V394A ed. 03/24), il Regolamento (V394B ed. 11/22) e ogni altra documentazione attinente al Fondo pensione.
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui è già iscritto. La copia è allegata al presente Modulo di adesione (*per coloro che sono già iscritti ad altra Forma Pensionistica Completa, si richiede la Scheda "I costi"*)
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni (l'Intermediario) ha attirato 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 Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere con la tua adesione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa, relative ai costi, alle istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante il 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, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro 6 mesi 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 a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora il corso di partecipazione al Fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale, l'applicazione delle spese annuali 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 a 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 statuenti le limitazioni-carezza. Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Aderente, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, lo stesso dichiara di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti nel presente Modulo di adesione costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa non ha il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni stesse ;
- di aver sottoscritto le Condizioni di Assicurazione (V394C ed. 10/23)

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 

Dichiarazione dell'Aderente (segue)

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 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 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 esiti 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 - 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 abbia scelto la TCM, della quota parte di contributo afferente ad essa, relativa al periodo per il quale l'Aderente ha avuto effetto.

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 - assicurativo - da concludere 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 RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

Data di Adesione XX/XX/XXXX

ente

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 alla scadenza di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione?

anni

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

per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web o a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- SÌ
- NO

6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione' nella sezione 'Informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere quanto tempo potrebbe impiegare per ottenere una integrazione sulla Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- SÌ
- NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta 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 chiedere la prestazione previdenziale da commentare?

- 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 è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni 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 attribuito 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:

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 malattie 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 possibile 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 dell'investimento sulla propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Data di Adesione XX/XX/XXXX

Aderente

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Aderente o dal Legale rappresentante irraggiungibile, o da un 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 della autenticità della dichiarazione personale del firmatario.

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)

