

## SaraInvestoBene

### Assicurazione a Vita Intera a premio unico, con possibilità di versamenti a rate mensili

<b>Agenzia</b>		<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>
<b>vita intera</b>			
<b>Contraente - persona fisica</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)			
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente			
Socio ACI: <b>NO</b> 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 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 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 a [clienti@sara.it](mailto:clienti@sara.it)

<b>Assicurato</b>			
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

##### 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

PREMIO UNICO: €

Dietro versamento del **Premio Unico** di cui sopra, l'Impresa garantisce la liquidazione del Capitale Assicurato di € in caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga.

Detto capitale verrà rivalutato annualmente secondo le norme e le modalità di cui alla Clausola di Rivalutazione e al Regolamento Fondo Più.

## 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, munito di clausola di 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 e dell'Assicurato

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente all'Assicurato e viceversa 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 e integrato, il sottoscritto Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni di legge, 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 obblighi 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 modello assicurativo IBIP (**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 del Contraente 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 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 ricezione 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 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 o il Responsabile 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)



## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (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 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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 01/2014), DIP Aggiuntivo (mod. V403 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Regolamento dell'Intermediario (mod. V403 C&A ed. 05/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V403 PP ed. 05/24).

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

Assicurato	Contraente

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



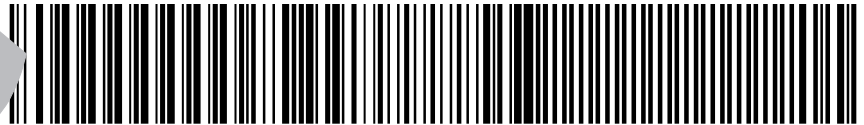
### Spazio riservato all'Intermediario

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

Il pagamento del Premio di Euro \_\_\_\_\_ è stato effettuato il \_\_\_\_\_ 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 della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI\*\*\*V00000000000000000000

## 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)

