

SaraPiùSmart

Contratto di Assicurazione sulla Vita Multiramo, in forma di Vita Intera,
a premi unici ricorrenti e con possibilità di versamenti aggiuntivi

Agenzia AGENZIA XXX				Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata pagamento premi 20	Scadenza pagamento premi	
Contraente - ☒ persona fisica ☐ persona giuridica (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: NO se si indicare il numero della tessera ACI					
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale		
Data di nascita	Luogo di nascita		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	e-mail	
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	
Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del contratto ☐ tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta polizza ☐ su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____ ☐ su Area Personale					
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 comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Personale sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo clienti@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 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 

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

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga, l'impresa liquiderà la prestazione calcolata secondo quanto previsto nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

Tale prestazione verrà liquidata a fronte della corresponsione del **Premio unico ricorrente** di € che verrà versato con periodicità **SEMESTRALE** il GG/MM GG/MM di ogni anno per la durata pagamento premi prevista.

Sulla base del **PROFILO X** scelto dal Contraente, il Premio unico ricorrente investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno come di seguito indicato:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA AZIONARIA
Percentuale XX % Importo €	Percentuale XX % Importo €

A fronte della quota parte del Premio unico ricorrente destinato alla Gestione Separata, l'Impresa garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, un **Capitale assicurato** che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla tabella e alla formula di rivalutazione al Regolamento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio unico ricorrente destinato al Fondo Interno, darà luogo al **Capitale variabile** investito in quote.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita comunicazione periodica dell'Impresa.

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

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

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

alle successive date di pagamento del premio unico ricorrente si ravviva il premio:

- **se scelto la periodicità annuale**: a scelta una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.
- **se scelto la periodicità trimestrale, semestrale o mensile**: il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

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**: bonifico sul conto direzionale dedicato, a favore di Sara Vita Spa IBAN IT39R0306912711100000013035 presso BANCA INTESA Spa.
- **alle successive date di pagamento**: indipendentemente dalla periodicità, è previsto il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Le spese relative ai mezzi di pagamento sono a carico del Contraente.

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 malattie con DMIC 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 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.

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 vigenti tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i seguenti documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme:

- Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti di investimento assicurativi, Allegato n.4 al Regolamento IVASS n.40 del 2018;
- 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.

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 l'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_

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 riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

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

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, contenente i documenti: Ed. 10/26), DIP Aggiuntivo IBIP (ed. 10/26), Informativa precontrattuale Sostenibilità FONDO PIU' (ed. 07/26), Comunicazione di Conclusione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, del Fondo Interno e del Glossario (ed. 10/26) e il Modulo di proposta/polizza fac simile (ed. 10/26).

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

Relativamente alla maggiorazione caso morte del Capitale Variabile il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, l'articolo delle Condizioni di Assicurazione, statuente le limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiorazione caso morte del Capitale Variabile ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le limitazioni e le esclusioni nel presente Modulo di proposta/polizza costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che l'Impresa ha il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

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

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente.

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 in contanti 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 ricevuto la polizza, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAAMDDDOSSI***V00000000000000000000

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 DMIGA 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)