

SaraPiùForte

Contratto di Assicurazione multiramo, a premi unici ricorrenti e con possibilità di versamenti aggiuntivi, con bonus di fedeltà, e con facoltà di prestazioni potenziate caso morte e invalidità

Agenzia AGENZIA XXX				Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata pagamento premi 20	Scadenza pagamento premi	
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> 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 e la data di scadenza					
Cognome e Nome			Sesso	Codice Fiscale	
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 contratto					
<input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza <input type="checkbox"/> su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____ <input type="checkbox"/> 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 comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@saravita.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 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

Le prestazioni di seguito indicate, vengono liquidate 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.

L'ultima rata di premio da corrispondere sarà quello con scadenza .

Sulla base del **PROFILO X** scelto dal Contraente, il Premio unico ricorrente investito viene destinato alla Gestione Separata ai Fondi Interni come di seguito indicato:

Gestione Separata FONDO PIU'	SARA OBBLIGAZIONARIO	SARA FONDOSI RIC
Percentuale XX % Importo €	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 Clausola di rivalutazione e all'investimento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio unico ricorrente destinato ai Fondi Interni, darà luogo al **Capitale variabile**, espresso in quote.

Sia il Capitale assicurato che il Capitale variabile sopraindicati, saranno oggetto di apposita indicazione da parte dell'Impresa.

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

Nel corso della durata pagamento premi, l'Impresa liquiderà le seguenti prestazioni in base al Premio unico ricorrente di € .

Bonus fedeltà alla 10ª ricorrenza annuale del contratto: € XXX,XX

Bonus fedeltà alla 15ª ricorrenza annuale del contratto: € XXX,XX

Bonus fedeltà al termine pagamento premi: € XXX,XX

PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenuta, verrà liquidata la prestazione indicata nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di morte dell'Assicurato entro la durata pagamento premi, in aggiunta alla prestazione di cui sopra, l'Impresa garantisce altresì liquidazione di un importo pari ad Euro , diminuito di Euro per ogni anno intero trascorsi fra la data di decorrenza del contratto e la data di decesso dell'Assicurato.

Ai fini della corresponsione di tale importo si farà riferimento a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA'

Nel caso in cui l'Assicurato divenga invalido in modo totale e permanente entro la durata pagamento premi prevista, i premi residui verranno riconosciuti al contratto direttamente dall'Impresa secondo quanto più dettagliatamente descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

L'importo del Premio unico ricorrente, per tipologia di prestazione ed ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000, è distinto come segue:

Prestazione caso morte: € 2,00

Prestazione invalidità: € 1,00

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

Il premio unico ricorrente

- alla data di perfezionamento del contratto viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Assicurato, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, o modalità di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa oppure l'Intermediario espressamente in tale qualità
- alle successive scadenze, in caso di periodicità annuale, viene corrisposto con una delle modalità sopra indicate oppure con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD);
- alle successive scadenze, in caso di periodicità semestrale, trimestrale o mensile, viene corrisposto con addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

Le spese relative alla modalità di pagamento prescelta 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 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 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.

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.

La presente polizza è stata emessa sulla base delle seguenti dichiarazioni dell'Assicurato di:

- Non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative
- Non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori o ospedali per malattie gravi o comunque significative
- Non aver subito interventi chirurgici significativi
- Non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto da tossicodipendenza o alcolismo
- Non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio
- Non esercitare nessuna delle attività sportive considerate a rischio
- Non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi

L'elenco delle malattie e degli interventi chirurgici definiti come gravi o significativi e delle professioni e attività sportive considerate a rischio, è riportato nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato, il sottoscritto Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle condizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti:

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 concessione di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, quale sia per il 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 un importo pari al premio versato al netto della quota parte relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

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 sulla propria 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 dei dati ai recapiti indicati nell'informativa.

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

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 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 Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, contenente i distinti documenti: KID (ed. 01/25), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V414 D ed. 01/25), Informativa precontrattuale Sostenibilità FONDO PIU' (ed. 01/25), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata dei Fondi interni e del Glossario (mod. V414 CdA ed. 01/25) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V414 PP ed. 01/25).

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

Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato, il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile gli articoli delle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni-carezza.

Relativamente alla prestazione potenziata in caso di decesso dell'Assicurato e prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni e i dati forniti nel presente Modulo di Proposta costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che il Contraente presta 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 da _____ e dall'Assicurato _____.

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 di Euro **XXXX,XX** è stato effettuato il _____ e la contrazione 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'informazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI****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 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)

