

Sara Bi-Fuel PIR

Assicurazione sulla vita in forma a Vita Intera, di tipo Multiramo a Premio Unico con possibilità di Versamenti Aggiuntivi

Sara Bi-Fuel PIR è costituito da un Piano di Risparmio a lungo termine - PIR - introdotto dalla normativa italiana con Legge di Bilancio 2017, integrata dalla Legge di Bilancio 2018 e dal Decreto Fiscale collegato alla Legge di Bilancio 2020 e successive modifiche e integrazioni.

Agenzia				Subagenzia
---------	--	--	--	------------

Proposta	Tariffa	Decorrenza	Duratione	Scadenza
----------	---------	------------	-----------	----------

Contraente - Assicurato di seguito tale figura viene indicata come Contraente

Socio ACI: **NO** se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza

Cognome e Nome	Indirizzo	Codice Fiscale
----------------	-----------	----------------

Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
-----------------	------------------	-------	---------

Indirizzo di residenza	CAP	Prov.	Nazione
------------------------	-----	-------	---------

Tipologia documento di riconoscimento	Numero documento	Data di rilascio	Cittadinanza
---------------------------------------	------------------	------------------	--------------

Luogo di rilascio	Prov.	Data di rilascio	Data scadenza	Cellulare	e-mail
-------------------	-------	------------------	---------------	-----------	--------

Professione	Tipologia	Sottoscrizione 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 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 dell'indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonchè all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

Beneficiari in caso di morte

Nominativo	100,00%
------------	---------

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)



Caratteristiche del contratto

PREMIO UNICO: €
PREMIO INVESTITO: € (al netto dei caricamenti previsti)

Il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e al Fondo Interno come segue:

Gestione Separata FONDO PIU'

Percentuale %
Importo €

Fondo Interno SARA P.M.

Percentuale %
Importo €

A fronte della quota parte del Premio investito destinato alla Gestione Separata, l'impresa garantisce, in caso di successo dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di €, che verrà rivalutato annualmente secondo la misura e le modalità di cui alla Clausola di rivalutazione e al Regolamento di FONDO PIU'.

La quota parte del Premio investito destinato ai Fondi Interni, pari ad €, darà luogo al **Capitale variabile** espresso in percentuale del premio, di cui è oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

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

Il premio unico viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, assegno circolare, assegno alla clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di pagamento, 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

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente 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, 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 documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e in particolare:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e i meccanismi 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 polizze e delle esigenze di copertura assicurativa.

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 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, 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 queste ultime possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare del Trattamento 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 (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 abilitati 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 la firma sotto riportata, il Contraente conferma la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Contraente/Legale rappresentante

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (mod. V399 D ed. 05/24), DIP Aggiornato (BIP (mod. V399 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, Regolamento del Fondo Interno e del Glossario (mod. V399 CdA ed. 05/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V399 P ed. 05/24) Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente altresì dichiara specificatamente:

- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza risulta essere residente in Italia e di essere consapevole che la variazione di residenza fiscale fa venir meno i benefici del Piano di Risparmio a lungo termine - PIR; si impegna quindi ad informare l'Assicuratore in caso di qualsiasi cambiamento di residenza fiscale nel corso della vita della polizza; si no
- che sottoscrive la presente Proposta/Polizza al di fuori dell'esercizio dell'attività di impresa commerciale; si no
- che al momento della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza non risulta essere già intestatario di un altro Piano di Risparmio a lungo termine - PIR. si no

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli 13 e 14 delle Condizioni di Assicurazione e la maggiorazione statutaria di limitazioni-carenza.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni contenute nella presente Proposta/Polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che il Contraente ha dato il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Contraente/Legale rappresentante

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 presta la veridicità delle firme apposte dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento in Euro 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 che ha ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***V000000000000000000

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)

sara