

## SaraMultiValore

### Assicurazione multiramo, a premio unico e con possibilità di versamenti aggiuntivi

<b>Agenzia</b>	Subagenzia
----------------	------------

<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>
-----------------	----------------	-------------------	---------------	-----------------

vita intera

**Contraente -  persona fisica  persona giuridica** (se persona giuridica i dati sotto indicati 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	Prov.	Nazione
------------------------	-----	-------	---------

Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
-------------------------------------	------------------	------------------	--------------

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

Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.
-------------	-----------	------------------------------------	---------------------

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligate 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 per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail non possono essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché sul sito [assistenzaclienti@sara.it](mailto:assistenzaclienti@sara.it)

**Assicurato**

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
----------------	-------	----------------

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

Ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione

Indirizzo di residenza sulla propria vita	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:  
PREMIO INVESTITO: (al netto del caricamento %)

Sulla base del profilo **PROFILO X** scelto dal Contraente, il Premio investito viene destinato alla Gestione Separata e ai Fondi Interni in base alle seguenti percentuali:

<b>Gestione Separata FONDO PIU'</b>	<b>SARA AZIONARIO</b>	<b>SARA OBBLIGAZIONARIO</b>
Percentuale % Importo €	Percentuale % Importo €	Percentuale % Importo €

A fronte della quota parte del Premio investito destinato alla Gestione Separata, l'impresa garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, il **Capitale assicurato** di €, che verrà rivalutato secondo 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**, secondo le quote, che sarà oggetto di apposita comunicazione da parte dell'Impresa.

## Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento in rate

Il premio unico viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o contante, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, o notificato attraverso mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, o il Contraente, 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 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 documenti informativi precontrattuali previsti dal citato Regolamento IVASS n. 40 del 2018:

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 necessità 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 un importo determinato secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

## 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 

## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

### 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 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 Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

Il sottoscritto Contraente dichiara di avere legami di parentela o rapporti partecipativi con altri soggetti (ad esempio: controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere con Sara Vita una 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 dichiarazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: KID (ed. 05/24), Aggiuntivo IBIP (mod. V402 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata, dei Regolamenti dei Fondi Interni e del Glossario (mod. V402 CdA ed. 05/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V402 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.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente, oltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle Condizioni di Assicurazione, accetta espressamente le limitazioni-carezza.

Relativamente alla maggiorazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che l'informazione e i dati forniti nel presente Modulo di proposta/polizza, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Assicurato, in base alla presente, presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.

Assicurato

Contraente

Polizza emessa 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 apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

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



AAAAAMDDDOSSI\*\*\*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