

Beneficiari in caso di morte

Caratteristiche del contratto

PRESTAZIONI DI BASE

In caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il capitale assicurato di Euro

Il Premio Annuo Netto delle prestazioni di base di Euro verrà corrisposto in misura costante, per anni, per anni, con frazionamento in rate anticipate

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

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo netto delle prestazioni di riferimento per la copertura del rischio morte è pari a Euro

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare, munito di timbro di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico o mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD); quest'ultima modalità è obbligatoria qualora sia stato scelto il frazionamento mensile del premio.

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.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica le dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare lo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza, nonché la propria attività professionale e sportiva, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata in finalità di cui all'art. 22/06/2016, n. 112 - "Dopo di noi".

L'Assicurato dichiara inoltre che le sue condizioni di salute sono rimaste immutate dalla data di sottoscrizione della presente Proposta/Polizza.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi e contrattuali ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 e inerenti a:

1. obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti (Allegato 3);
2. informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente (Allegato 4);
3. informazioni sull'attività svolta dall'Intermediario (Allegato 4);
4. informazioni relative alle remunerazioni (Allegato 4);
5. informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto di interessi (Allegato 4);
6. informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente (Allegato 4)

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.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, il Contraente è tenuto all'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con versamenti semestrale, trimestrale o mensile.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

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 delle imposte, per la componente relativa alla Garanzia Complementare Infotuni, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente ed Assicurato:

- **DICHIARANO** di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR");
- **ACCONSENTONO** ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al **trattamento dei dati sensibili** che li riguardano, secondo i modi forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita.

Inoltre, il solo Contraente:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali effettuati da Sara Vita per finalità utili alla proposizione commerciale.**

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali effettuato da Sara Vita per finalità di profilazione** utile a conoscere meglio le Sue aree di rischio, e per verificare la Sua abitudine di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri **dati personali a terzi che tratteranno per finalità commerciali** in qualità di titolari autonomi.

Si precisa che il Contraente avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso presupporsi, trattando il **responsabile della protezione dei dati personali**:

- inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RPD@sara.it
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita S.p.A., Via Po, 20 - 00198 Roma

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, approvano l'accuratezza e l'attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i documenti: DIP VITA (mod. V390 DV ed.11/19), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V390 D ed.11/19), Condizioni di Assicurazione Comprensive del Contratto (mod. V390 CdA ed.11/19) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V390 CdA ed.11/19).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente i contenuti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione dei rischi sia le condizioni Speciali per polizze assunte senza visita medica (carenza).

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 la validità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace, come ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il _____ con registrazione in pari data 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.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it

sara