

SARADOPPIOVALORE
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio
annuo costanti e bonus a scadenza

| | | | | | | |
|--|------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------|-----------|--------------|
| Agenzia | | | | | Subager | |
| Proposta | Tariffa | Decorrenza | Durata | Scadenza | | |
| Contraente - _ persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rap. ante) | | | | | | |
| Cognome e Nome | | | Sesso | Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | | Prov. | Nazione | |
| Indirizzo di residenza n. | | 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. | | |
| Assicurato | | | | | | |
| Cognome e Nome | | | 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. | | |

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



Beneficiari in caso di morte

Beneficiari in caso di vita

Caratteristiche del contratto

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

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

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza sotto riportata verrà liquidato un bonus di importo pari al % della somma dei premi versati, a condizione che siano stati versati tutti i premi previsti.

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal pagamento del Premio Annuo Netto di Euro che verrà corrisposto in misura costante per anni, con frazionamento in rate anticipate pari a Euro .

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 dell'prestazione in base riferita alla copertura del rischio morte è pari a Euro .

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del mod. V396 CdA ed. 11/19 e le condizioni di cui ai seguenti capitoli della Sez. B dello stesso modello:

Capitolo 1 - Condizioni Speciali per i contratti assunti senza visita medica (carenza).

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario postale, giroconto bancario, tramite della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, oppure al Controente, oppure al mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD); quest'ultima modalità è obbligatoria quando 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 l'attendibilità delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per verificare lo effettivo 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, comprese le Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e negli eventuali questionari complementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assunzione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 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 precontrattuali previsti 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 ha stipulato il contratto con il Contraente (**Allegato 4**);
3. informazioni sull'attività svolta dall'Intermediario (**Allegato 4**);
4. informazioni relative alle polizze stipulate (**Allegato 4**);
5. informazioni relative a potenziali conflitti di interessi (**Allegato 4**);
6. informazioni sugli strumenti della distribuzione (**Allegato 4**).

Ai sensi dell'articolo 1899 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 1950 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la modalità di pagamento del premio con frazionamento 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 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, così come 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 effettuato 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, anche verificando le Sue abitudini 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 prestato 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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti moduli VITA (mod. V396 DV ed.11/19), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V396 D ed.11/19), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Set Informativo (mod. V396 CdA ed.11/19) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V396 CdA ed.11/19).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli articoli 1314 e 1315 del Codice Civile, sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuenti le esclusioni e l'assunzione del rischio che le Condizioni Speciali per polizze assunte senza visita medica (carenza).

Data

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione _____ rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme poste dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la sottoscrizione del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizione 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 richiesto la polizza. È richiesta la presente 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