

**SARATUTELAPRONTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**  
 Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e a premio annuo costanti

<b>Agenzia</b>						<b>Subagenzia</b>			
<b>Proposta</b>		<b>Tariffa</b>		<b>Decorrenza</b>		<b>Durata</b>		<b>Scadenza</b>	
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)									
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.			
<b>Assicurato</b>									
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.			

**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

Nominativo

100,00%

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento? **SI NO**

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

### PRESTAZIONE IN CASO MORTE

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

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal Premio Annuo Netto di Euro che verrà corrisposto in misura costante, per anni, con frazionamento in rate anticipate pari ad 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 delle prestazioni di base riferita alla copertura del rischio morte è pari a Euro .

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di assicurazione nonché le dichiarazioni lette e sottoscritte dal Contraente e dall'Assicurato.

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

**Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità:** assegno bancario, postale circolare, postale ordinario, con clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine bancario, altro 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).

**Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente.**

## Dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti dell'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni fornite.

L'Assicurato dichiara di:

non soffrire o non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione  
non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanitari o ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere sottoposto ad assuefazione da oppio, eroina o alcolismo

non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 30 giorni.

L'Assicurato conferma che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso ed alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'impresa e costituiscono parte integrante del contratto.

## 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'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.**

**Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1446 e 1447 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione sulla base alle dichiarazioni stesse.**

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 necessari informazioni precontrattuali previsti ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 e inerenti a:

1. obblighi di corresponsione e di pagamento 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 relative alla polizza fornita dall'Intermediario (**Allegato 4**);
4. informazioni relative alle remunerazioni (**Allegato 4**);
5. informazioni relative alle eventuali 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 ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale.

## 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.

## 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** 

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

### 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 particolari** che li riguardano, quando 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 l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (tramite carta di credito, telefono con operatore) di comunicazioni relative **ad iniziative promozionali (eventi e mostre) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato e alla partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative di partner, nonché relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del Gruppo Sara Assicurazioni.

**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 società terziarie** che operano per **finalità commerciali** in qualità di titolari autonomi.

Si precisa che il Contraente avrà in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato comunicando al **Responsabile della protezione dei dati personali**:

- inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [RPD@sara.it](mailto: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, confermano la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato	Contraente
------------	------------

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i documenti VITA (mod. V392 DV ed. 05/20), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V392 D ed. 05/20), Condizioni di Assicurazione, Glossario del Gruppo Sara (mod. V392 CdA ed. 05/20) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V392 PP ed. 05/20).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli articoli 1314 e 1342 del Codice Civile, gli articoli 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le modalità di valutazione del rischio e le limitazioni-carenze.

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 autorizzato, ha ricevuto le firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace (che ha effettuato la elevazione dei dati del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modifiche) e integro le 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.



AAAAMDDOSS1\*\*\*\*V0000000000000000000

### 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

