

SARADOPPIOVALORE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti e bonus a scadenza

Agenzia				Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza	
Contraente - <input type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (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		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			Sesso	Codice Fiscale	
Data di nascita	Età assicurativa	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



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 netti 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 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 sulla struttura del rischio morte è pari a **Euro** .

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V396 CdA ed. 03/21 .

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 riferire in caso di sinistro dell'Assicurato? **SI**

Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

Beneficiari in caso di vita

Nominativo

100,00%

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegni bancari, pagamento circolare, munito della 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, oppure l'Intermediario espressamente 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 incomplete del Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato dichiara l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per constatare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 - 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario, negli eventuali questionari supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa accetta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non 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.

Ai sensi degli articoli 56 e 59 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione contrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precostituiti dalle citate norme e inerenti a:

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 di attività distributive effettuate dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle attività di portamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documenti inerenti agli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1365 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, 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 particolari** che li riguardano, secondo 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 (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative ad **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, alla partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni, premio e iniziative di partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del Gruppo PPO ACI.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri **dati personali effettuati 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 proporLe il miglior servizio possibile;

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri **dati personali** a società terzi che li 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 in tutto o in parte, al 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 seguenti documenti: **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VITA (mod. V396 DV ed. 03/21), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V396 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione, e Condizioni del Gruppo (mod. V396 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V396 PP ed.03/21).**

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 14 e 1342 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).

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 dichiara l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha autorizzato l'uso dei dati del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (in particolare per quanto riguarda le attività 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 presentato 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



Dichiarazioni dell'Assicurato parte integrante della Polizza n.

Intermediario

Assicurato

Il contratto, cui la presente proposta si riferisce, viene emesso sulla base di dichiarazioni riportate di seguito, appositamente rilasciate dall'Assicurato, riguardanti sia informazioni di carattere sanitario che informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato stesso. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico fiduciario dell'Impresa.

Attività Professionali

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria: _____
- 2) Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di portata maggiore di 35 quintali? no
 - Se sì, indichi quali e con quale frequenza _____
- 3) Nella sua attività professionale utilizza o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive oppure opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere? no
 - Se sì, quali? _____
- 4) Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: aeronautiche, alpinismo, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? no
 - Se sì, quali? _____
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? si no
 - Se sì, indichi luogo, motivi e periodo di permanenza _____

Attività Sportive

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (escluso arrampicate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, rafting, skeleton, sci, pattinaggio sul trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si no
 - Se sì, quali? _____
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio)? si no
 - Se sì, quali? _____
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? si no
 - Se sì, quali? _____

Questionario Sanitario

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: _____ cm
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, pertosse, meningite acuta, meningite cronica, bronchite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, esiti di traumi o lesioni post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si no
 - Se sì, quali? quando? _____
- 3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, elettrocardiogrammi o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si no
 - Se sì, quali? con quale risultato? _____
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, centri di ricovero, ambulatori, centri di cura, centri di riabilitazione, centri di cura per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o a base di derivati? si no
 (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniotomia, emiartriti degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia e plastica) si no
 - Se sì, quali? con quale risultato? _____
 - Epoca? Motivo? _____
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si no
 - Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il nome del farmaco, il periodo di utilizzo e se gli esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti _____
- 6) E' fumatore? si no
 (per Non Fumatore si intende chi non fuma, nell'ultimo anno, di tabacco, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
 - Quantità giornaliera, periodo: _____
- 7) Fa o ha fatto uso di alcolici con una quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si no
 - Quantità giornaliera, periodo: _____
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si no
 - Tipo di sostanza, periodo: _____

L'Assicurato dichiara che le informazioni sopra fornite, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le stesse informazioni sono fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a produrre all'Impresa ed a lasciare a disposizione della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta ed è tenuto a regolarsi esattamente gli oneri e le spese conseguenti; proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che l'hanno avuto in cura o visitato o che potranno averlo in futuro, nonché le altre persone alle quali l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa stesche comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

Data	Assicurato	Intermediario <small>(per autenticità delle firme)</small>
-------------	-------------------	--

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

