

SARADOPPIOVALORE
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente a premio annuo costante e bonus a scadenza

Agenzia							Subar			
Proposta		Tariffa		Decorrenza		Durata		Sc		
Contraente - _ persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappres										
Cognome e Nome					Sesso		Codice			
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		Cittadinanza		
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo		Data scadenza	Cellulare				
Professione	Tipologia		Sottogruppo attività cod./desc.			ATECO		cod./desc.		
Assicurato										
Cognome e Nome							Codice Fiscale			
Data di nascita	Età assicurativa		Luogo di nascita					Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza				CAP		Loc		Prov.		Nazione
Tipo di documento di riconoscimento				Numero documento		Ente di rilascio		Cittadinanza		
Luogo di rilascio		Prov.	Data		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** diminuito di 1/ del capitale stesso per quanti saranno gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso dell'Assicurato.

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 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 delle prestazioni di base corrisposta all'apertura del rischio morte è pari a **Euro**.

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V393 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 decesso 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 bancario, passivo 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, o 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 verificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1890 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, 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 presta 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 non rimaste immutate dalla data di sottoscrizione della presente Proposta/Polizza.

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)

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto 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 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 dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso all'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, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

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 l'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 personali** **particolari** che 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 da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, notifiche push, whatsapp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative a **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi Sara Assicurazioni e delle società del GRUPPO ACI.

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 interesse e verificare le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei **dati personali** a società terze che li tratteranno per finalità **commerciale** in modo autonomo.

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

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il documento informativo contenente i distinti documenti: DIP VITA (mod. V393 DV ed. 03/21), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V393 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V393 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V393 P ed. 03/21).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente ai sensi degli articoli 1314 e 1342 del Codice Civile, gli articoli 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni-carenze.

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 presta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che è stato 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

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? si 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? si 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? si no
 - Se sì, quali? _____
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni o atti terroristici, 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 sci camminate, sci arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, rafting, skeleton, salto con il 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, aereo, 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 _____ kg _____
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, rosolia, difterite, rinite cronica, otite cronica, otite acuta, otite media, otite serosa, otite colesteatomica, otite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, emicrania, epilessia, fratture 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, ecografie, RM 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 ospedale, in cui siano stati eseguiti interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o a base emoderivati? si no
 (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, ernie toraciche, ernie inguinali, ernie lombari, ernie varicose, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, ernie, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) 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 eventuali esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti _____
- 6) E' fumatore? si no
 (per Non Fumatore si intende chi non fuma, né ha fumato, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
 - Quantità giornaliera, periodo? _____
- 7) Fa o ha fatto uso di alcolici in 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, omesso 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 mantenerne la proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa fornita e ad essere tenuto a rimborsare direttamente 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 comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

Data

Assicurato

Intermediario

(per autenticità delle firme)

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

