

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

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)										
<small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small>										
Socio ACI: _____ se si indicare il numero della tessera ACI _____ e la data di scadenza _____										
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		Età assicurativa	Luogo di nascita					Prov.		Nazione
Indirizzo di residenza			CAP		Località		Prov.		Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento			Numero docum.			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

PRESTAZIONI DI BASE

In caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il **capitale assicurato di 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 cui alla Sez. A del Mod. V390 CdA ed. 03/21.

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

10

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o altro mezzo di pagamento fornito dalla Compagnia di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, addebito diretto 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 qualora il Contraente ha scelto il trattamento 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 dichiara la veridicità e l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per accertare l'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 comprendono le Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e 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 determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità previste all'art. 1 della legge 22/06/2016, n. 112 - "Dopo di noi".

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

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 pertinenti:

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 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 in forme di pagamento 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 Infortuni, 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, 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 (posta elettronica, telefono con operatore) di comunicazioni relative **ad iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, incluse quelle finalizzate alla conduzione di campagne di mercato, per la partecipazione a programmi di fidelizzazione, eventi, manifestazioni a premio, iniziative con partner terzi, anche relativamente a prodotti e servizi di Sara Assicurazioni e delle società del Gruppo 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 in relazione alle Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri **dati personali a società terze** 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, rivolgendosi al **Responsabile della protezione dei dati personali**:

- inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RPD@sara.it
- scrivendo al 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 comprendente i distinti documenti: DIP VITA (mod. V390 DV ed. 03/21), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V390 D ed. 03/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V390 CdA ed. 03/21) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V390 PP 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 specificatamente ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio che l'articolo delle Condizioni Speciali per polizze assunte senza visita medica (carenza).

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il _____ sull'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 l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che 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

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? sì 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? sì 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? sì 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? sì 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 alpino), arrampicate su pareti artificiali, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, rafting, skeleto, canoa, canoa polo, trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? sì no
- Se sì, quali? _____
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio)? sì no
- Se sì, quali? _____
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? sì 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, varicella, rosolia, epatite 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) sì no
- Se sì, quali? quando? _____
- 3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? sì no
- Se sì, quali? con quale risultato? _____
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, centri di ricovero, ambulatori o poliambulatori per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o trasfusioni di derivati? sì no
- (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, ernie toraciche, ernie inguinali, ernie lombari 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) _____
- Se sì, quali? con quale risultato? _____
- Epoca? Motivo? _____
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? sì 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? sì no
- (per Non Fumatore si intende chi non fuma, né ha fumato, né è fumante, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
- Quantità giornaliera, periodo: _____
- 7) Fa o ha fatto uso di alcolici o sostanze stupefacenti in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? sì no
- Quantità giornaliera, periodo: _____
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? sì 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, e 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 stesse 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

