

Saratutelavita Plus

- **Contratto di Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e premio annuo costanti**
- **Contratto di Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente e premio annuo costante limitato**

Condizioni di Assicurazione comprehensive di Glossario

redatte sulla base delle Linee Guida per i
contratti SEMPLICI e CHIARI elaborate
dal Tavolo tecnico ANIA, Associazioni
Consumatori e Associazioni Intermediari

ultimo aggiornamento dei dati: **31/03/22**

i nostri CONTATTI:

Agenzia di riferimento:

l'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto assicurativo è facilmente individuabile da www.sara.it/agenzie-network

Home Insurance e SaraConMe:

la **Home Insurance** Area Riservata (il vostro *account* è attivabile su www.sara.it) e la App **SaraCoMe** (è possibile scaricare l'app dal vostro *device*) sono messe a disposizione da Sara Vita per permettervi di consultare e gestire in autonomia il vostro contratto

Assistenza Clienti:



numero verde 800.095.095
(dal lunedì al venerdì
dalle 9.30 alle 19.00)

indirizzo mail
assistenzaclienti@sara.it

FAQ consulta le domande
frequenti www.sara.it/faqs

Le comunicazioni di Sara Vita:

Le comunicazioni obbligatorie riguardanti il contratto vengono inviate da Sara Vita:

- tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente
- via posta ordinaria all'indirizzo di recapito indicato dal Contraente
- sull'Area riservata del Contraente.

Il Contraente sceglie una delle tre modalità al momento della sottoscrizione della proposta/polizza e può modificare la sua scelta in corso di contratto.

Indice delle Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

SEZIONE A: GARANZIA PRINCIPALE - NORME VALIDE IN OGNI CASO

PARTE I - PRESTAZIONE E CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa	pag. 3
Art. 2 - Contraente, Assicurato e Beneficiario	pag. 3
Art. 3 - Caratteristiche del contratto	pag. 3
Art. 4 - Prestazione	pag. 4
Art. 5 - Limiti di età dell'Assicurato	pag. 5

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 6 - Versamenti, costi e pagamenti	pag. 6
--	--------

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art. 7 - Entrata in vigore e conclusione del contratto	pag. 8
Art. 8 - Durata	pag. 8
Art. 9 - Recesso dal contratto	pag. 8

PARTE IV - ESCLUSIONI, ASSUNZIONE DEL RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E HOME INSURANCE

Art. 10 - Esclusioni e assunzione del rischio	pag. 8
Art. 11 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 10
Art. 12 - Comunicazioni, Documentazione rilasciata dall'Impresa e HOME INSURANCE	pag. 11

PARTE V - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Art. 13 - Mancato pagamento del premio - sospensione	pag. 12
Art. 14 - Ripresa del pagamento del premio - riattivazione	pag. 12
Art. 15 - Risoluzione del contratto	pag. 12
Art. 16 - Riscatto e Riduzione	pag. 12

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art. 17 - Cessione, Pegno e Vincolo	pag. 12
Art. 18 - Beneficiari	pag. 13
Art. 19 - Pagamenti dell'Impresa	pag. 13
Art. 20 - Foro competente	pag. 14
Art. 21 - Legge applicabile al contratto	pag. 14

SEZIONE B: NORME VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN PROPOSTA/POLIZZA

CAPITOLO 1: CONDIZIONI PER CONTRATTI ASSUNTI SENZA VISITA MEDICA (CARENZA)	pag. 15
CAPITOLO 2: CONDIZIONI PER ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI	pag. 16
CAPITOLO 3: CONDIZIONI PER ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA FAMIGLIA	pag. 18
CAPITOLO 2: CONDIZIONI PER ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INVALIDITÀ	pag. 19
GLOSSARIO	pag. 21

CONFLITTO DI INTERESSI

RIFERIMENTI NORMATIVI

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano i contratti di Assicurazione sulla Vita in forma di Temporanea Caso Morte, (di seguito anche “**contratti**”) offerti da **Sara Vita Spa** (di seguito anche “**Impresa**”):

- **Saratutelavita Plus - codice tariffa tar. 242:** Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e a premio annuo costanti
- **Saratutelavita Plus - codice tariffa tar. 244:** Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente e a premio annuo costante limitato.

Nelle Condizioni di Assicurazione che seguono, a meno di specifiche esigenze di distinzione, si indica in modo generico:

- **capitale assicurato** - senza distinguere tra **capitale assicurato** per Saratutelavita Plus 242 e **capitale assicurato iniziale** per Saratutelavita Plus 244
- **premio annuo costante** - senza distinguere tra **premio annuo costante** per Saratutelavita Plus 242 e **premio annuo costante limitato** per Saratutelavita Plus 244.

Entrambi i contratti prevedono una differenziazione in funzione dell'importo del capitale assicurato scelto dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto:

- **per importi di capitale assicurato uguale o maggiore a Euro 50.000 e minore di Euro 200.000:** il contratto è sottoscrivibile senza tener conto dello stato tabagico dell'Assicurato (dunque indipendentemente al fatto che egli sia fumatore o non fumatore)
- **per importi di capitale assicurato uguale o maggiore a Euro 200.000:** il contratto è sottoscrivibile tenendo conto dello stato tabagico dell'Assicurato (dunque in fase di sottoscrizione del contratto l'Assicurato deve dichiarare di essere **fumatore** ovvero **non fumatore**).

Si intende **non fumatore** l'Assicurato che possa dichiarare di non aver mai fumato sigarette, sigari, pipe, sigarette elettroniche o altro, nemmeno sporadicamente nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del contratto.

Di conseguenza vengono considerati **fumatori** tutti gli Assicurati che non rientrano in questa definizione.

Per Saratutelavita Plus 242 è prevista la possibilità di sottoscrivere quanto segue:

- **Assicurazione Complementare Infortuni**
- **Assicurazione Complementare Garanzia Famiglia**
- **Assicurazione Complementare Invalidità.**

Le Condizioni di Assicurazione sono parte integrante del **Set Informativo**, a sua volta composto da:

- **DIP VITA:** il documento che fornisce informazioni essenziali e di sintesi del prodotto
- **DIP Aggiuntivo VITA:** il documento che fornisce informazioni integrative e complementari - diverse da quelle pubblicitarie - rispetto al DIP VITA e alle Condizioni di Assicurazione, utili a far acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo
- **Condizioni di Assicurazione:** l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione
- **Modulo di proposta/polizza:** il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e attesta il pagamento del premio annuo costante - o rata di premio - di perfezionamento
- **Informativa Privacy:** il documento che informa sul regolamento generale sulla protezione dei dati.

I vari documenti che compongono il **Set Informativo** vengono:

- consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto
- pubblicati su www.sara.it, nella pagina dedicata al prodotto.

Nelle presenti Condizioni di Assicurazione - a corredo degli articoli e al fine di agevolarne la lettura - sono inseriti dei **box di consultazione** distinti in:

sezioni di **colore grigio**: con informazioni da tener in maggior conto e sulle quali è necessario prestare la massima attenzione,

sezioni **bordate di grigio**: con informazioni di supporto o esempi numerici volti a meglio chiarire alcuni termini e aspetti specifici del contratto.

Per ulteriori informazioni è sempre possibile rivolgersi all'Intermediario con il quale si è entrati in contatto, consultare il sito dell'Impresa www.sara.it, ovvero consultare la app **SaraConMe**.

L'Impresa comunica tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire - anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto - con riferimento alle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa si impegna ad inviare risposte ad eventuali richieste scritte del Contraente in merito al contratto entro e non oltre 20 giorni dal ricevimento delle stesse.

Per una maggior efficienza si raccomanda al Contraente l'invio delle richieste direttamente all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

SEZIONE A: GARANZIA PRINCIPALE - NORME VALIDE IN OGNI CASO

PARTE I - PRESTAZIONE E CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa

Gli obblighi dell'Impresa risultano esclusivamente:

- dalle presenti Condizioni di Assicurazione
- dalla proposta/polizza
- dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di legge applicabili.

Art. 2 - Contraente, Assicurato e Beneficiario

Le figure interessate al presente contratto sono:

- **Contraente:** la persona - fisica o giuridica - che stipula il contratto e si impegna a corrispondere all'Impresa il premio annuo costante:
 - per tutta la durata del contratto (Saratutelavita Plus tar.242)
 - per un periodo inferiore alla durata del contratto (Saratutelavita Plus tar. 244)
- **Assicurato:** la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto
- **Beneficiario:** la persona - fisica o giuridica - che riceve la prestazione prevista dal contratto. Il Contraente può designare in proposta/polizza uno o più Beneficiari.

Il Contraente può coincidere con l'Assicurato o il Beneficiario.

Art. 3 - Caratteristiche del contratto

Saratutelavita Plus appartiene alla categoria dei contratti di Assicurazione Temporanea Caso Morte - Ramo I - e garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, una **prestazione caso morte** ed è strutturato in due distinti contratti:

- **Saratutelavita Plus** a capitale e premio annuo costanti (tar. 242)
- **Saratutelavita Plus** a capitale decrescente e premio annuo costante limitato (tar. 244).

Entrambi prevedono una differenziazione in funzione dell'importo del **capitale assicurato**, ovvero **capitale assicurato iniziale**, scelto dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto:

- **per importi di capitale assicurato uguale o maggiore a Euro 50.000 e minore di Euro 200.000:** il contratto è sottoscrivibile senza tener conto dello stato tabagico dell'Assicurato (dunque indipendentemente dal fatto che egli sia fumatore o non fumatore)
- **per importi di capitale assicurato uguale o maggiore a Euro 200.000:** il contratto è sottoscrivibile tenendo conto dello stato tabagico dell'Assicurato (dunque in fase di sottoscrizione del contratto l'Assicurato deve dichiarare di essere **fumatore** ovvero **non fumatore**).

Si intende non fumatore l'Assicurato che possa dichiarare di non aver mai fumato sigarette, sigari, pipe, sigarette elettroniche o altro, nemmeno sporadicamente nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del contratto.

Di conseguenza vengono considerati fumatori tutti gli Assicurati che non rientrano in questa definizione.

La dichiarazione sul proprio stato tabagico deve essere indicata nella **proposta/polizza** e nel **questionario sanitario e delle attività professionali e sportive**, parte integrante della proposta/polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato riprenda a fumare in corso di contratto è tenuto a comunicarlo all'Impresa - ovvero all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto: di conseguenza dal momento del ricevimento della comunicazione egli passa dallo stato di non fumatore a quello di fumatore e l'Impresa ridefinisce la prestazione assicurata.

Saratutelavita Plus a capitale e premio costanti prevede che il Contraente possa decidere - **in forma facoltativa** - di sottoscrivere le seguenti **Assicurazioni Complementari**:

- **Assicurazione Complementare Infortuni:** garantisce la liquidazione di un ulteriore importo pari al capitale assicurato della prestazione principale, indicato in proposta/polizza, nell'ipotesi in cui il decesso dell'Assicurato sia dovuto a infortunio.

Se il Contraente, ovvero l'Assicurato, è un socio ACI, qualora il decesso avvenga a seguito di incidente stradale viene liquidato un ulteriore importo pari al capitale assicurato; di conseguenza, in questo caso, l'importo complessivo da liquidare è pari a tre volte il capitale assicurato della prestazione principale

- **Assicurazione Complementare Garanzia Famiglia:** garantisce la liquidazione di un ulteriore importo pari al

capitale assicurato della prestazione principale, indicato in proposta/polizza, nell'ipotesi in cui al decesso dell'Assicurato segua - contemporaneamente o successivamente, in ogni caso prima della scadenza del contratto - il decesso del coniuge dell'Assicurato

- **Assicurazione Complementare Invalidità:** garantisce l'esonero dal pagamento dei premi annui costanti residui nell'ipotesi in cui l'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, venga colpito da invalidità totale e permanente.

Relativamente alle Assicurazioni Complementari Infortuni e Garanzia Famiglia il capitale assicurato della prestazione principale resta quello indicato in proposta/polizza anche nel caso in cui sia stato dichiarato all'Impresa il cambio di stato tabagico dell'Assicurato da non fumatore a fumatore (per capitale assicurato uguale o maggiore di Euro 200.000).

Tali Assicurazioni Complementari sono:

- **facoltative**
- incluse dal Contraente in fase di **sottoscrizione del contratto** o successivamente
- escluse dal Contraente in corso di contratto
- illustrate nella specifica **SEZIONE B - NORME VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN PROPOSTA/POLIZZA.**

Sia la prestazione principale che le prestazioni complementari (per Saratutelavita Plus a capitale costante) sono contrattualmente garantite dall'Impresa.

Art. 4 - Prestazione

Il presente contratto prevede che **in caso di morte dell'Assicurato** l'Impresa liquidi ai Beneficiari designati la **prestazione caso morte:**

- in misura pari al **capitale assicurato** indicato in proposta/polizza, per Saratutelavita Plus 242
- determinato in funzione del **capitale assicurato iniziale** indicato in proposta/polizza per Saratutelavita Plus 244; in questo caso il capitale assicurato iniziale viene ridotto ogni anno di una quota pari a $1/n$, dove "n" è la durata del contratto, di conseguenza il valore del capitale assicurato riconosciuto ai Beneficiari dipende anche dall'anno in cui avviene l'evento assicurato (decesso dell'Assicurato).

Indipendentemente dalla tipologia di capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato, o il Contraente, abbiano dichiarato all'Impresa che l'Assicurato ha ripreso a fumare, tale capitale assicurato non sarà quello indicato in proposta/polizza ma quello riformulato per tener conto della diversa assunzione del rischio.

Tale **prestazione caso morte** viene riconosciuta ai Beneficiari se e solo se - al verificarsi dell'evento - risultino valide le seguenti condizioni:

- contratto in regola con il pagamento dei premi annui costanti, ovvero delle rate di premio
- decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza del contratto

e non risultino valide e applicabili le esclusioni e le limitazioni espressamente indicate ai seguenti:

- Art.10 per le esclusioni e l'assunzione del rischio
- Sezione B: Capitolo 1 - Condizioni per contratti assunti senza visita medica, per la limitazione della copertura del rischio.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto non è prevista alcuna prestazione: il contratto si intende estinto e i premi annui costanti, o rate di premio, versati restano acquisiti dall'Impresa.

Coerentemente con le proprie esigenze di tutela, il Contraente decide:

- il **capitale assicurato** (Saratutelavita Plus 242)
- il **capitale assicurato iniziale** (Saratutelavita Plus 244).

Di conseguenza, l'Impresa determina:

- il **premio annuo costante lordo** (Saratutelavita Plus 242) da corrispondere per tutta la durata del contratto
- il **premio annuo costante limitato lordo** (Saratutelavita Plus 244) da corrispondere per un numero di anni inferiore alla durata del contratto.

L'importo del premio annuo costante - comprensivo dell'eventuale cifra fissa e del caricamento percentuale di cui di seguito - viene determinato dall'Impresa in base a specifici elementi quali:

- **ipotesi demografiche:** probabilità di sopravvivenza determinata in base all'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto, alla durata del contratto e all'eventuale stato tabagico

● **ipotesi finanziarie.**

In base a queste ipotesi viene determinato un tasso di premio che, moltiplicato per il capitale assicurato, determina il premio annuo costante.

Gli eventuali sovrappremi sono da applicare al premio annuo costante così determinato a seguito della valutazione dell'Impresa riguardo le condizioni di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato.

Esempio: come si individua il premio annuo costante si ipotizzi quanto segue:

età dell'Assicurato alla decorrenza: 40 anni	capitale assicurato scelto al momento della sottoscrizione del contratto, pari a Euro 300.000
stato tabagico dell'Assicurato: non fumatore	
durata del contratto: 15 anni	

di conseguenza:

- **Saratutelavita Plus 242:** il **premio annuo costante**, che il Contraente è tenuto a pagare per i 15 anni di durata del contratto, al fine di garantirsi un capitale assicurato di Euro 300.000, è pari a **Euro 450**
 - **Saratutelavita Plus 244:** il **premio annuo costante limitato**, che il Contraente è tenuto a pagare per i 10 anni di durata pagamento premi e i 15 anni di durata del contratto, al fine di garantirsi un capitale assicurato iniziale di Euro 300.000, è pari a **Euro 414**
- Ipotizzando il decesso dell'Assicurato nel corso della 6° annualità di contratto il capitale assicurato da liquidare ai Beneficiari sarà pari a $Euro\ 300.000 \cdot (15-6)/15 = \mathbf{Euro\ 180.000}$.

ATTENZIONE: le ipotesi sottostanti gli esempi numerici proposti - qui e nei successivi box - sono da considerarsi assolutamente indicative e soprattutto funzionali ad illustrare l'argomento trattato. Di conseguenza non impegnano in alcun modo l'Impresa.

Art. 5 - Limiti di età dell'Assicurato

Il contratto prevede limiti di età dell'Assicurato sia alla data di decorrenza che alla data di scadenza del contratto.

Di seguito si illustrano tali limiti:

età dell'Assicurato					
prestazione principale e Assicurazione Complementare Infortuni			Assicurazione Complementare		
			Invalidità		Garanzia Famiglia
alla sottoscrizione		alla scadenza	alla sottoscrizione	alla scadenza	età massima Assicurato e coniuge alla scadenza: 65 anni
minima	massima	massima	massima	massima	differenza di età Assicurato e coniuge: ≤ 25 anni
18 anni	75 anni	85 anni	55 anni	65 anni	somma di età Assicurato e coniuge: ≤ 130 anni

Per età è da intendersi quella assicurativa, ottenuta ipotizzando che l'Assicurato (e il coniuge, se attiva l'Assicurazione Complementare Garanzia Famiglia) mantenga la medesima età nei 6 mesi che precedono e seguono la data del suo compleanno. Relativamente alla sola l'età minima - vista la necessità che l'Assicurato (ed eventualmente il coniuge) sia maggiorenne alla data di decorrenza - i 18 anni sono da intendersi come età anagrafica e non assicurativa.

Esempio: come si individua l'età assicurativa

età anagrafica	→	età assicurativa
45 anni, 3 mesi e 15 giorni	→	45 anni
45 anni, 6 mesi e 15 giorni	→	46 anni

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 6 - Versamenti, costi e pagamenti

La **prestazione principale** e le **eventuali Assicurazioni Complementari** - descritte al precedente Art.4 - **vengono garantite** dietro versamento da parte del Contraente del premio annuo di importo costante indicato in proposta/polizza.

Premio annuo costante della prestazioni principale

Il premio annuo costante:

- per **Saratutelavita Plus 242** deve essere corrisposto per tutta la durata del contratto
- per **Saratutelavita Plus 244** deve essere corrisposto per una durata inferiore rispetto a quella del contratto, secondo la seguente regola:

	durata del contratto (n)	
	≤ 10 anni	>10 anni
durata pagamento premi	$(n+1)/2$	$(n-5)$

Esempio: come si individua la durata pagamento premi per Saratutelavita Plus 244

si ipotizzi quanto segue:

- durata 8 anni → durata pagamento premi $(8+1)/2 = 4$ anni (si approssima al numero intero precedente)
- durata 15 anni → durata pagamento premi $(15-5) = 10$ anni

Ciascun importo viene corrisposto:

- **anticipatamente alle scadenze pattuite**, dovuto dunque all'inizio del periodo assicurativo al quale si riferisce
- **in misura costante** per tutta la durata del contratto, ovvero per un periodo limitato (per Saratutelavita Plus 244) così come indicato in proposta/polizza
- **non oltre l'anno assicurativo in cui avviene di decesso** dell'Assicurato.

Il premio annuo costante - **il cui importo non può essere variato in corso di contratto** - è determinato in base a:

- capitale assicurato
- stato tabagico (per capitali assicurati \geq Euro 200.000)
- durata prescelta del contratto
- età dell'Assicurato
- stato di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato
- Assicurazioni Complementari, eventualmente prestate

È prevista la possibilità di **frazionare** il premio annuo costante in rate semestrali, trimestrali e mensili.

È sempre possibile la facoltà del Contraente di richiedere all'Impresa di poter **variare il frazionamento del premio**: condizione necessaria è quella di comunicare la decisione almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto.

Il Contraente corrisponde quanto dovuto alla data di perfezionamento del contratto fermo restando l'obbligo di versamento dell'intera prima annualità di premio (anche in caso di frazionamento).

Diversamente il contratto si estingue e i premi annui costanti, o le rate di premio, corrisposti restano acquisiti all'Impresa.

Infine, se il contratto è connesso a mutui o ad altri contratti di finanziamento, in caso di estinzione anticipata - totale o parziale - o di trasferimento del mutuo o del finanziamento l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio annuo costante pagato, relativo al periodo residuo non goduto.

In alternativa l'Impresa, su richiesta del Contraente - che si impegna a continuare a versare regolarmente il premio - fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo Beneficiario designato.

Premio annuo costante delle prestazioni complementari

Con la medesima cadenza di pagamento del premio annuo costante della prestazione principale, relativa a Saratutelavita Plus 242, vengono corrisposti i premi annui costanti afferenti ad ognuna delle Assicurazioni Complementari eventualmente scelte.

Nel caso di frazionamento si applicano i medesimi interessi di frazionamento previsti per la prestazione principale.

Tali premi annui costanti (o rate di premio) delle prestazioni complementari si sommano al premio annuo costante (o rate di premio) della prestazione principale.

Di seguito si illustrano le percentuali da applicare per la determinazione dei premi annui costanti delle Assicurazioni Complementari:

Assicurazione complementare	percentuale da applicare	
Infortuni	1‰ da applicare al capitale assicurato della prestazione principale	
Garanzia Famiglia	% da applicare al capitale assicurato della prestazione principale (tale % varia al variare della somma delle età dell'Assicurato e del coniuge alla scadenza del contratto):	somma di età (anni): <ul style="list-style-type: none"> ● fino a 110: 0,5‰ ● tra 111 a 124: 1‰ ● tra 125 a 130: 2‰
Invalidità	% da applicare al premio annuo costante della prestazione principale, variabile in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, con i seguenti limiti (con step di 0,5%):	<ul style="list-style-type: none"> ● minimo pari all'1% se età ≤ 60 anni ● massimo pari al 3,5% se età ≤ 65 anni

Costi da applicare ai premi annui costanti della prestazione principale

Ciascun premio annuo costante - o rata di premio - deve intendersi al lordo:

- della **cifra fissa**, pari a:
 - **per importi di capitale assicurato minore di Euro 200.000:**
 - **Euro 30** per Saratutelavita Plus 242
 - **Euro 25** per Saratutelavita Plus 244
 - **per importi di capitale assicurato uguale o maggiore di Euro 200.000:** non si applica alcuna cifra fissa
- del **caricamento percentuale**, pari al **15%** da applicare a ciascun premio annuo o rata di premio al netto dell'eventuale cifra fissa (ovvero alla quota parte di cifra fissa in caso di frazionamento)
- dell'eventuale interesse di frazionamento - da applicare su ciascuna rata - pari a:
 - **1,5%** in caso di scelta semestrale
 - **2,0%** in caso di scelta trimestrale
 - **2,5%** in caso di scelta mensile
- costi da applicare ai premi annui costanti delle Assicurazioni Complementari.

Modalità di pagamento

Ciascun premio annuo costante - o rata di premio - viene corrisposto dal Contraente all'Impresa utilizzando uno dei seguenti mezzi di pagamento, a condizione che sia intestato all'Impresa, ovvero all'Intermediario espressamente in tale qualità:

- **alla data di perfezionamento:**
 - ordine di bonifico
 - sistema di pagamento elettronico
 - altro mezzo di pagamento bancario o postale
 - assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità
- **alle successive date di pagamento del premio annuo costante - o rata di premio:**
 - **se scelto il frazionamento trimestrale, semestrale o annuale:** a scelta una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD
 - **se scelto il frazionamento mensile:** il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Qualora l'addebito diretto SEPA su conto corrente del Contraente - SDD - non vada a buon fine per motivi non riconducibili all'Impresa, essa comunica tale circostanza al Contraente specificando che l'importo che risulta insoluto e gli importi successivi - premio o rata di premio - devono essere corrisposti all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Infine, a giustificazione del mancato pagamento, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o la riscossione di premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Attraverso l'utilizzo dell'**Area Riservata internet dispositiva (Home Insurance dispositiva)** l'Impresa offre al Contraente la facoltà di effettuare il pagamento dei **premi successivi a quello di perfezionamento** direttamente nella propria **Area Riservata** ovvero utilizzando l'app **SaraConMe**.

Se il Contraente avesse scelto in precedenza, come opzione di pagamento, l'addebito diretto SEPA, è necessario che lo disattivi per poter effettuare il pagamento nella propria Area Riservata.

La scelta della modalità di versamento può variare a seconda del canale distributivo.

**Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul Contraente.
Non è ammesso in alcun caso il pagamento in contanti.**

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art. 7 - Entrata in vigore e conclusione del contratto

Il contratto si intende **perfezionato e concluso** nel momento in cui avvengono entrambi gli eventi qui elencati:

- a sottoscrizione della proposta/polizza da parte del Contraente
- il pagamento del premio annuo costante, o rata di premio, alla data di perfezionamento.

Il contratto entra in vigore alle ore 24 della data di perfezionamento e conclusione dello stesso.

Qualora in proposta/polizza fosse indicata una data di decorrenza successiva al giorno di conclusione, il contratto entra in vigore dalle ore 24 della data di decorrenza indicata.

Nel caso si verifichi il decesso dell'Assicurato nel periodo che intercorre tra la data di perfezionamento e la data di decorrenza del contratto, l'Impresa restituisce al Contraente l'importo corrisposto dietro consegna del certificato di morte.

Art. 8 - Durata

Il Contraente sceglie la durata del contratto al momento della sottoscrizione della proposta/polizza, anche compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

Il contratto prevede una durata compresa tra un minimo di 2 anni e un massimo di 30 anni.

Art. 9 - Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di conclusione dello stesso, così come definita all'Art.7, dandone comunicazione all'Impresa:

- con lettera raccomandata A/R - indirizzata a **Sara Vita Spa** - Via Po 20, 00198 Roma
- con mail indirizzata a Sara Vita tramite pec: saravita@sara.telecompost.it
- rivolgendosi direttamente all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Indipendentemente dalla tipologia di comunicazione il Contraente deve indicare gli elementi identificativi del contratto e firmare la richiesta.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso l'Impresa rimborsa al Contraente un importo pari al versamento effettuato, al netto della quota parte riferita al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, relativamente al rischio corso e delle eventuali imposte (nel solo caso in cui sia stata sottoscritta l'Assicurazione Complementare Infortuni).

PARTE IV - ESCLUSIONI, ASSUNZIONE RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E HOME INSURANCE

Art. 10 - Esclusioni e assunzione del rischio

Esclusioni

Il rischio di morte o di invalidità (se è stata scelta anche l'Assicurazione Complementare Invalidità) dell'Assicurato è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali.

È **escluso dalla garanzia** il decesso o l'invalidità (sempre in caso di scelta dell'Assicurazione Complementare Invalidità) causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio
- **suicidio o tentato suicidio** (per quest'ultimo, che comporti invalidità), se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili** qualora il decesso o l'invalidità dell'Assicurato sia conseguenza diretta del suo comportamento
- **disordini avvenuti in un qualsiasi Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato**; in questo caso la garanzia è estesa per il periodo massimo, previsto dalle Autorità Italiane, necessario per l'evacuazione.

Per i casi sopra elencati l'Impresa corrisponde:

- **in caso di morte o invalidità causata da dolo del Contraente o del Beneficiario: nessun importo**

- **in caso di morte o invalidità non causata da dolo del Contraente o del Beneficiario: l'importo della riserva matematica calcolata alla data del decesso dell'Assicurato.**

Assunzione del rischio

L'Impresa ha sempre la necessità di acquisire le informazioni sull'Assicurato in merito alle sue:

- condizioni di salute
- abitudini di vita
- attività professionali e sportive (amatoriali e professionali) dell'Assicurato.

Tali informazioni di base sono ricavabili nel **questionario sanitario e delle attività professionali e sportive**, parte integrante della proposta/polizza.

Assunzione senza visita medica

A determinate condizioni descritte di seguito, per l'emissione del contratto l'Impresa necessita della sola compilazione del questionario e assume il contratto senza alcun preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e dunque senza richiedere allo stesso:

- la visita medica
- gli accertamenti sanitari.

Si rimanda a quanto previsto nelle Condizioni per contratti assunti senza visita medica - carenza, presenti alla successiva SEZIONE B - Capitolo 1.

Valendo le condizioni di carenza sopra indicate, se il decesso dell'Assicurato avviene nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore del contratto, l'Impresa non garantisce il capitale assicurato indicato in proposta/polizza ma restituisce un importo pari a quanto corrisposto dal Contraente al netto degli eventuali interessi di frazionamento e le eventuali imposte (queste solo in caso di scelta dell'Assicurazione Complementare Infortuni).

Le condizioni per le quali il contratto viene emesso **senza visita medica e alcun accertamento sanitario** sono valide se valgono entrambe le seguenti condizioni di età dell'Assicurato e capitale assicurato:

- età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto minore o uguale a **55 anni** e capitale assicurato minore o uguale a **Euro 350.000**

ovvero

- età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto uguale o maggiore di **56 anni ma minore o uguale a 60 anni** e capitale assicurato minore o uguale a **Euro 300.000**.

Per età dell'Assicurato si intende l'età assicurativa.

Valendo queste condizioni il contratto è pienamente valido a partire dal 6° mese successivo alla sua entrata in vigore.

Ulteriore condizione - oltre a quelle illustrate - è la **decisione dell'Assicurato di non richiedere esplicitamente il preventivo accertamento** delle proprie condizioni di salute mediante visita medica.

Infatti, anche se sono soddisfatte le condizioni di limiti di età e capitale assicurato sopra indicate, l'Assicurato, **al fine di rendere pienamente in vigore il contratto fin dalla data di decorrenza**, può sempre decidere di richiedere il preventivo accertamento delle proprie condizioni di salute mediante visita medica presso il medico di famiglia.

Assunzione con visita medica e accertamenti sanitari

Diversamente, è **necessario il preventivo accertamento delle condizioni di salute** - tramite visita medica e accertamenti sanitari - nelle seguenti condizioni di età dell'Assicurato e capitale assicurato:

- età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto minore o uguale a **55 anni** e capitale assicurato maggiore di **Euro 350.000**

ovvero

- età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto uguale o maggiore di **56 anni ma minore o uguale a 60 anni** e capitale assicurato maggiore di **Euro 300.000**

ovvero

- età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto uguale o maggiore di **61 anni** e qualsiasi importo di capitale assicurato.

Si riassumono di seguito gli accertamenti sanitari richiesti per capitale assicurato ed età dell'Assicurato:

capitale assicurato (età)	accertamenti sanitari richiesti
<ul style="list-style-type: none"> fino a Euro 350.000 (per età fino a 55 anni) fino a Euro 300.000 (per età da 56 a 60 anni) 	questionario, carenza di 6 mesi → <i>se l'Assicurato vuole eliminare la carenza:</i> visita medica presso il proprio medico di famiglia
<ul style="list-style-type: none"> da Euro 350.001 a Euro 650.000 (per età fino a 55 anni) da Euro 300.001 a Euro 650.000 (per età da 56 a 60 anni) da Euro 300.001 a Euro 500.000 (per età oltre a 61 anni) 	→ visita medica presso il proprio medico di famiglia e accertamenti sanitari
<ul style="list-style-type: none"> da Euro 650.001 a Euro 1.000.000 (per età da 55 a 60 anni) da Euro 500.001 a Euro 1.000.000 (per età oltre a 61 anni) 	→ visita medica presso il medico fiduciario dell'Impresa e accertamenti sanitari più dettagliati e visite specialistiche
<ul style="list-style-type: none"> oltre Euro 1.000.001, indipendentemente dall'età 	→ visita medica presso il medico fiduciario dell'Impresa e accertamenti sanitari più dettagliati e maggiori visite specialistiche

In generale gli accertamenti sanitari variano a seconda della classe di età e capitale assicurato.

Possono essere previsti:

- **sovrappremi** ed **esclusioni** a seguito di circostanze relative alle attività professionali e sportive (amatoriali e professionali) dell'Assicurato
- **sovrappremi** a seguito di circostanze relative alle abitudini di vita e alle condizioni di salute dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Impresa decida che le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato siano tali da:

- necessitare l'applicazione di sovrappremi: informa il Contraente dell'incremento dell'importo del premio e il contratto viene stipulato soltanto se il Contraente accetta tale sovrappremio
- escludere dalla garanzia: il decesso causato dalla pratica di quella determinata attività.

Art. 11 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente devono comunicare all'Impresa:

- ogni cambiamento di professione e attività dell'Assicurato stesso intervenuti in corso di contratto, che ne modifichino il rischio
- il cambiamento dello stato tabagico (per capitale assicurato uguale o maggiore di Euro 200.000): Assicurato non fumatore che diventa fumatore.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto alla prestazione assicurativa e la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In ogni caso anche l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione.

In caso di dichiarazioni inesatte e di reticenze che avrebbero potuto comportare da parte dell'Impresa - se fosse venuta a conoscenza delle corrette informazioni - una valutazione del rischio tale da non consentire la sottoscrizione del contratto, ovvero da consentirla a condizioni diverse, l'Impresa - venuta a conoscenza delle corrette informazioni - può adottare provvedimenti diversi a seconda che abbia o meno accertato il dolo o la colpa grave.

La tabella che segue illustra i diversi provvedimenti che l'Impresa può adottare a seguito degli accertamenti:

accertamento o meno del dolo, ovvero della colpa grave	provvedimenti che l'Impresa può adottare	
caso in cui sia stato accertato il dolo o la colpa grave	annullamento del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui si è avuta conoscenza della inesatta dichiarazione e della reticenza	non riconoscimento di alcuna prestazione né in caso di decesso (o invalidità se è stata scelta l'Assicurazione Complementare Invalidità) dell'Assicurato in corso di contratto
caso in cui NON sia stato accertato il dolo o la colpa grave	rescissione del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui si è avuta conoscenza della inesatta dichiarazione e della reticenza	riduzione della prestazione in relazione al maggior rischio , in caso di decesso (o invalidità se è stata scelta l'Assicurazione Complementare Invalidità) dell'Assicurato in corso di contratto

Art. 12 - Comunicazioni, Documentazione rilasciata dall'Impresa e HOME INSURANCE

Comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato all'Impresa

Al fine di permettere all'Impresa di valutare pienamente l'eventualità di un aggravamento del rischio assunto, l'Assicurato o il Contraente sono tenuti a comunicare all'Impresa ogni cambiamento di professione, attività sportive e/o eventuale cambio di stato tabagico dell'Assicurato intervenute in corso di contratto, che ne modifichino il rischio.

Le modalità di comunicazione con l'Impresa sono:

- contattando l'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto assicurativo
- via posta (indirizzata a Sara Vita - Via Po, 20, 00198 Roma ovvero all'Intermediario)
- direzionevita.portafoglio@sara.it.

Comunicazioni dell'Impresa al Contraente

Con riferimento alle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Impresa comunica tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque variazione dovesse intervenire, anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

L'impresa si impegna ad inviare risposte a eventuali richieste scritte del Contraente in merito al contratto entro e non oltre 20 giorni dal ricevimento delle stesse.

Le modalità di comunicazione dell'Impresa sono:

- tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente stesso
- via posta all'indirizzo del recapito comunicato
- sulla propria Area Riservata.

Il Contraente sceglie una delle tre modalità al momento della sottoscrizione della proposta/polizza e può modificare la sua scelta in corso di contratto.

Per una maggior efficienza si raccomanda al Contraente l'invio delle richieste all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Documentazione rilasciata dall'Impresa al Contraente

L'Impresa - per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto - rilascia al Contraente:

- la **proposta/polizza**, consegnata - a fronte del versamento del premio annuo costante o rata di premio - al momento della sottoscrizione del contratto. In esso sono indicati, tra gli altri, il numero di polizza, i dati dei Beneficiari designati dal Contraente, il capitale assicurato e la data di decorrenza del contratto
- il **questionario sanitario e delle attività professionali e sportive, parte integrante della proposta/polizza**
- la **quietanza**, consegnata - a fronte del versamento di ciascun premio annuo costante o rata di premio successivo - nel solo caso in cui la modalità di pagamento prescelta dal Contraente sia diversa dall'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD. In essa è indicata, tra gli altri, la data di versamento.

Questi documenti risultano essere parte integrante del contratto.

Annualmente, **entro 60 giorni dalla data di ricorrenza annua del contratto**, l'Impresa rilascia al Contraente il **Documento unico di rendicontazione** che fornisce dati e informazioni riferiti al periodo di riferimento (intervallo compreso tra le ultime due date di ricorrenza annua).

In particolare, nel Documento unico di rendicontazione vengono indicati:

- il cumulo dei versamenti effettuati nell'anno precedente
- l'ammontare della quota parte detraibile
- il capitale assicurato.

HOME INSURANCE: Area Riservata dedicata alla consultazione e alla gestione del contratto

È possibile la gestione telematica e la consultazione del proprio contratto utilizzando l'**Area Riservata** presente nella *home page* di www.sara.it.

L'Area Riservata consente di gestire i rapporti contrattuali, permettendo di effettuare in autonomia, tra le altre, almeno le seguenti operazioni:

- pagamento del premio successivo a quello di perfezionamento
- richiesta di modifica dei propri dati personali.

L'Area Riservata permette di consultare anche le seguenti informazioni e documenti:

- coperture assicurative in essere
 - condizioni contrattuali sottoscritte
 - stato dei pagamenti e relative scadenze
 - eventuale sospensione della garanzia ed eventuale relativa riattivazione
 - nominativo/i e relativi dati anagrafici, codice fiscale e/o partita IVA italiani o esteri, recapiti, anche di posta elettronica, dei Beneficiari e, se designato, del soggetto indicato come referente terzo,
- oltre ad ogni altro eventuale elemento utile a fornire al Contraente un'informativa completa e personalizzata.

Infine, il Contraente può ricevere nella sua Area Riservata tutti i documenti e le comunicazioni che l'Impresa stessa è tenuta a inviare al fine di rispettare gli obblighi di informativa in corso di contratto.

I documenti e le comunicazioni sono facilmente archiviabili su supporto durevole.

Oltre alla propria Area Riservata è possibile consultare anche la app **SaraConMe**.

PARTE V - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Art. 13 Mancato pagamento del premio - sospensione

Il mancato pagamento di un premio - annuo o rata di premio - determina la **sospensione del contratto** che:

- **inizia** trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza pattuita del pagamento
- **termina** alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento
- viene prevista anche per le Assicurazioni Complementari, se attive.

Nel periodo in cui il contratto è sospeso non è prevista alcuna prestazione.

Al termine del periodo di sospensione si ha la definitiva risoluzione del contratto (rescissione) e i premi versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa.

Art. 14 Ripresa del pagamento del premio - riattivazione

Nel periodo di sospensione del contratto, dunque nel corso dei 12 mesi di mancato pagamento del premio - annuo o rata di premio:

- **entro il termine di 6 mesi dalla scadenza del primo premio - annuo o rata di premio - non pagato:** il Contraente ha il diritto di riattivare il contratto
- **per i successivi mesi (fino alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento del premio):** il Contraente ha la possibilità di richiedere espressamente all'Impresa di riattivare il contratto e l'Impresa ha il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione del contratto tenendo conto del loro esito. Soltanto con accettazione scritta dell'Impresa il contratto può essere riattivato.

In caso di riattivazione il contratto - che nell'intervallo di tempo rimane sospeso nei suoi effetti - entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati - annui o rate di premio - e dei relativi interessi legali.

La riattivazione del contratto, in precedenza rescisso a seguito del mancato pagamento dei premi - effettuata nei termini sopra indicati - ripristina la prestazione assicurativa ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

È possibile richiedere di riattivare il contratto anche direttamente nella propria **Area Riservata** ovvero utilizzando l'app **SaraConMe**.

Art. 15 Risoluzione del contratto

Il contratto **si estingue** soltanto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso
- interruzione del pagamento dei premi senza riattivazione nei tempi stabiliti
- decesso dell'Assicurato in corso di contratto
- scadenza del contratto.

Art. 16 Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede né riscatto né riduzione.

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art. 17 Cessione, Pegno e Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare a favore di terzi la prestazione.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando l'Impresa, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'appendice.

In caso di pegno o vincolo qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della prestazione richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Art. 18 Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario il quale, per effetto della designazione, diventa titolare di un diritto proprio della prestazione. La designazione è possibile per più di un Beneficiario.

La prestazione non rientra nell'asse ereditario del Contraente.

In ogni caso il Contraente può, in qualsiasi momento in corso di contratto, revocare o modificare la designazione fatta a favore dei Beneficiari.

Tale designazione non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio
- dopo la morte del Contraente
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa o contenute in un valido testamento.

Il Contraente, nel caso manifesti esigenze di riservatezza, può far indicare nella proposta il nominativo - corredato dai necessari dati di identificazione - del **referente terzo**, a cui far riferimento nel caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto. In questo caso - individuato il referente terzo - ai Beneficiari designati **non verrà inviata alcuna comunicazione** prima dell'evento.

Art. 19 Pagamenti dell'Impresa

Verificatosi uno degli eventi previsti dal contratto, gli aventi diritto dovranno **inviare direttamente all'Impresa, o consegnare all'Intermediario** con cui il Contraente intrattiene il rapporto, una richiesta di liquidazione corredata di tutti i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento
- individuare correttamente gli aventi diritto.

Solo a seguito del ricevimento della richiesta di liquidazione e della completezza della documentazione l'Impresa procede al pagamento.

I documenti che in particolare vengono richiesti sono:

Indipendentemente dalla tipologia di liquidazione:

- certificato di nascita - ovvero copia di un documento valido - dell'Assicurato se persona diversa dal Contraente: può essere consegnata al momento della sottoscrizione della proposta/polizza
- copia di un documento valido, codice fiscale e indirizzo degli aventi diritto
- se tra gli aventi diritto ci sono minori o incapaci: decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentate a riscuotere la prestazione
- se tra gli aventi diritto ci sono gli eredi legittimi: atto notorio - o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - dal quale risulti l'identità degli eredi legittimi
- richiesta sottoscritta dall'avente diritto nella quale devono essere indicati - per poter effettuare il bonifico - il codice IBAN e l'intestatario del conto corrente
- copia autentica del testamento ovvero atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attestante la mancanza
- scheda antiriciclaggio. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario
- certificato di morte dell'Assicurato
- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dall'Impresa, ovvero eventualmente sulle cause dell'invalidità (se è stata scelta anche l'Assicurazione Complementare Invalidità)
- eventuale documentazione di carattere sanitario necessaria per verificare l'esattezza e completezza delle dichiarazioni dell'Assicurato, prima della stipulazione del contratto, circa il suo stato di salute

Le spese relative all'acquisizione della documentazione richiesta gravano sugli aventi diritto.

Nel caso di contratti gravati da vincolo o pegno è indispensabile il consenso del vincolatario o del creditore pignoratizio.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa mette a disposizione la somma dovuta **entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa**, tra cui quella necessaria per individuare i Beneficiari.

Per data di ricevimento della richiesta, corredata dalla documentazione, si intende la data in cui la documentazione completa arriva all'Impresa, ovvero all'Intermediario cui è assegnato il contratto. Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi moratori, nella misura prevista dalla legge, a favore degli aventi diritto.

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto **si prescrivono in 10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 20 Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio (situato in Italia) degli aventi diritto.

Art. 21 Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione e in tal caso è l'Impresa a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevalgono le norme imperative di diritto italiano.

SEZIONE B: NORME VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN PROPOSTA/POLIZZA

CAPITOLO 1: CONDIZIONI PER CONTRATTI ASSUNTI SENZA VISITA MEDICA (CARENZA)

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni di cui alla SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto e lo stesso sia al corrente col pagamento dei premi, l'Impresa corrisponde - in luogo del capitale assicurato - una somma pari al premio annuo costante corrisposto, ovvero alle rate di premio, in caso di frazionamento del premio, al netto:

- dell'eventuale interesse di frazionamento
- delle eventuali imposte (nel solo caso in cui sia stata sottoscritta l'Assicurazione Complementare Infortuni).

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella proposta/polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avviene tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva delle assicurazioni sostituite, a partire dalle rispettive date di entrata in vigore.

L'Impresa non applica entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto la limitazione sopra indicata - pertanto la somma da essa dovuta è pari all'intero capitale assicurato - qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'Art.10 della SEZIONE A delle presenti Condizioni) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'entrata in vigore del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non viene pagato.

In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, viene corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi annui costanti versati, ovvero delle rate di premio in caso di frazionamento del premio, al netto:

- dell'eventuale interesse di frazionamento
- delle eventuali imposte (nel solo caso in cui sia stata sottoscritta l'Assicurazione Complementare Infortuni).

Nel caso in cui l'Impresa avesse richiesto gli esami clinici necessari per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non avesse aderito a tale richiesta, il periodo di carenza viene esteso a 7 anni.

Resta infine convenuto che anche per questa limitazione si applica quanto stabilito nel precedente secondo capoverso qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più contratti.

PREMESSA

Alcune delle informazioni relative a questa Assicurazione Complementare Infortuni sono presenti nella SEZIONE A delle presenti Condizioni di Assicurazione ai seguenti articoli:

- art. 5: Limiti di età dell'Assicurato
- art. 6: Versamenti, costi e pagamenti.

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

In caso di decesso dell'Assicurato **a seguito di infortunio**, l'Impresa liquida, in aggiunta alla prestazione descritta all'Art.4 della precedente SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione, **un ulteriore importo pari al capitale assicurato** indicato in proposta/polizza.

Per la validità di tale garanzia l'infortunio deve essere causa diretta ed esclusiva del decesso e sull'esito letale non devono aver influito condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, l'evento mortale deve verificarsi non oltre 2 anni dalla data dell'infortunio e l'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dal verificarsi dello stesso.

Il premio relativo a tale Assicurazione Complementare viene indicato separatamente in proposta/polizza; viene in ogni caso versato unitamente a quello corrisposto a fronte della prestazione principale di cui all'Art.4 della precedente SEZIONE A.

L'Assicurazione Complementare comprende anche:

- a) asfissia non di origine morbosa
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze
- c) annegamento
- d) assideramento o congelamento
- e) folgorazione, colpi di sole, di calore o di freddo
- f) infortuni subiti in stato di malore o incoscienza
- g) infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi
- h) infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva
- i) infortuni derivanti dalla guida e/o dall'uso di tutti i veicoli o natanti, salvo quanto previsto al successivo Art.2.

Art. 2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Ferme restando le esclusioni previste all'Art.10 della SEZIONE A, il riconoscimento della garanzia è esclusa per gli infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo.

Il riconoscimento della garanzia è escluso anche per gli infortuni causati da:

- a) uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico di passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati su aeromobili di Aeroclub, su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo
- b) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio
- d) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- e) guerre e insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra e da insurrezioni che l'Assicurato subisca al di fuori della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 gg. dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o insurrezione e non abbia partecipato attivamente agli atti di guerra o insurrezione
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati da:

- a) la pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli e di natanti a motore
- b) la pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio)
- c) la pratica dei seguenti sport: salto del trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, scalata di rocce o ghiacciai, gare di sci in discesa libera, speleologia, pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, immersioni subacquee con autorespiratore, snowboard, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (rafting)

- d) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le attività di sport equestri e ciclismo
 - e) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.
- Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplezia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo quelle di origine traumatica.

Art. 3 Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga di cui all'Art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 4 Riduzione del capitale assicurato per limiti di età

Il capitale dell'Assicurazione Complementare infortuni viene ridotto al 50%, fermo il premio, a partire dalla ricorrenza anniversaria successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Art. 5 Norme di coordinamento con le Condizioni di Assicurazione di cui alla SEZIONE A

Se l'Assicurazione principale è stata assunta senza visita medica, l'Assicurazione Complementare Infortuni è valida anche durante il previsto periodo di carenza.

Qualora venga a cessare, per qualsiasi motivo, il pagamento dei premi dell'Assicurazione principale, tale Assicurazione Complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati e questi ultimi rimangono acquisiti all'Impresa.

L'Assicurazione Complementare può tuttavia essere rimessa in vigore con l'Assicurazione principale.

Per quanto non previsto dalle presenti Condizioni valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 6 Limiti di età

È possibile scegliere tale Assicurazione Complementare solo nel caso in cui l'età dell'Assicurato non sia inferiore i 18 anni e superiore a 75 alla data di decorrenza del contratto e non superi gli 85 anni alla data di scadenza.

Valgono dunque gli stessi limiti previsti per l'Assicurazione principale.

Art. 7 Condizioni particolari per i Soci ACI (valide solo se espressamente richiamate in proposta/polizza)

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di incidente stradale l'Impresa liquida un ulteriore importo pari al capitale assicurato indicato in proposta/polizza.

Per incidente stradale si intende l'infortunio subito in qualità di pedone oppure a bordo di autoveicoli o di mezzi circolanti su rotaie e conseguente a collisione accidentale con altro veicolo, urto contro ostacoli fissi e mobili, ribaltamento ed uscita di strada.

Il pagamento della suddetta prestazione verrà effettuato solo previa dimostrazione che il Contraente o l'Assicurato sia in regola con il pagamento della quota associativa all'ACI alla data dell'incidente che ha causato la morte dell'Assicurato.

CAPITOLO 3: CONDIZIONI PER ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA FAMIGLIA (per Saratutelavita Plus 242)

PREMESSA

Alcune delle informazioni relative a questa Assicurazione Complementare Garanzia Famiglia sono presenti nella SEZIONE A delle presenti Condizioni di Assicurazione ai seguenti articoli:

- art. 5: Limiti di età dell'Assicurato
- art. 6: Versamenti, costi e pagamenti.

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione Complementare garantisce il pagamento del capitale in caso di morte del coniuge dell'Assicurato, a condizione che il decesso avvenga successivamente alla morte dell'Assicurato o nello stesso giorno, ma non oltre la scadenza del contratto e che, al decesso del coniuge, sopravviva uno dei figli Beneficiari.

Art. 2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

La garanzia di cui alla presente Assicurazione Complementare non è operativa per i casi di esclusione previsti dall'Art.10 della precedente SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 3 Norme di coordinamento con le Condizioni di Assicurazione di cui alla SEZIONE A

Qualora venga a cessare, per qualsiasi motivo, il pagamento dei premi dell'Assicurazione principale, tale Assicurazione Complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati e questi ultimi rimangono acquisiti all'Impresa.

L'Assicurazione Complementare può tuttavia essere rimessa in vigore con l'Assicurazione principale.

Per quanto non è previsto dalle presenti Condizioni valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 Limiti di età

È possibile scegliere tale Assicurazione Complementare solo nel caso in cui:

- sia l'Assicurato che il coniuge abbiano un'età non superiore a 65 anni alla data di scadenza
- la differenza di età tra Assicurato e coniuge non superi i 25 anni di età
- la somma di età tra Assicurato e coniuge non superi i 130 anni.

PREMESSA

Alcune delle informazioni relative a questa Assicurazione Complementare Invalidità sono presenti nella SEZIONE A delle presenti Condizioni di Assicurazione ai seguenti articoli:

- art. 5: Limiti di età dell'Assicurato
- art. 6: Versamenti, costi e pagamenti
- art. 10: Esclusioni e assunzione del rischio
- Capitolo 1 della presente SEZIONE B.

Art. 1 Oggetto

Se l'Assicurato, durante il periodo contrattuale - non oltre il compimento del 65° anno di età e a condizione che tale Assicurazione Complementare sia attiva e pienamente in vigore - diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto di seguito specificato, **l'Impresa esonera il Contraente dal pagamento dei premi relativi al contratto** cui la presente Assicurazione Complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità.

Art. 2 Definizione di invalidità

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione Complementare, si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati all'Impresa e abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

Art. 3 Rischi esclusi

La garanzia di cui alla presente Assicurazione Complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti alle esclusioni di cui all'Art.10 della precedente SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato sono tenuti a farne denuncia all'Impresa, anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R, accludendo un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità.

A richiesta dell'Impresa il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dall'Assicurazione Complementare, hanno l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dall'Impresa per l'accertamento dello stato di invalidità
- fornire tutte le prove che l'Impresa ritenga opportune per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità
- consentire all'Impresa tutte le indagini e visite mediche che essa ritenga necessarie.

Art. 5 Effetti dell'invalidità

L'invalidità totale e permanente, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata A/R di cui al precedente articolo. In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi o il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dall'Assicurazione Complementare hanno l'obbligo di:

- informare l'Impresa circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato
- fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa
- consentire che l'Impresa accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

Art. 6 Controversie e Collegio Arbitrale

L'Impresa si impegna a esprimersi entro 180 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Qualora l'invalidità non venga riconosciuta dall'Impresa, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione - entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane e sempre che il contratto sia regolarmente in vigore - il Contraente ha facoltà di chiedere all'Impresa, anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R la constatazione dello stato di invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio di tre medici i quali giudicheranno il merito inappellabilmente e senza formalità di procedura.

Dei tre medici anzidetti uno è nominato dall'Impresa, il secondo dal Contraente ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede, a scelta dell'Impresa, presso la sede dell'Impresa stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnato il contratto. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo arbitro.

Art. 7 Obblighi fino all'accertamento dell'invalidità

Finché lo stato di invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni di cui all'Art.13 della precedente SEZIONE A relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata l'invalidità, o la persistenza di essa, viene invece restituito l'importo dei premi corrisposti, scaduti successivamente la data di denuncia dell'invalidità.

Art. 8 Cessazione dell'invalidità

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, l'Impresa notifica - con lettera raccomandata A/R al Contraente - la revoca del riconoscimento, da parte dell'Impresa, del pagamento dei premi dalla data di cessazione dell'invalidità.

In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio arbitrale previsto dall'Art.6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti diventano di nuovo applicabili le disposizioni di cui all'Art.13 della SEZIONE A relative al mancato pagamento dei premi.

Art. 9 Norme di coordinamento con le Condizioni di Assicurazione di cui alla SEZIONE A

Qualora venga a cessare, per qualsiasi motivo, il pagamento dei premi dell'Assicurazione principale, tale Assicurazione Complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati e questi ultimi rimangono acquisiti all'Impresa.

L'Assicurazione Complementare può tuttavia essere rimessa in vigore con l'Assicurazione principale.

Per quanto non è previsto dalle presenti Condizioni valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla SEZIONE A delle Condizioni di Assicurazione.

Se l'Assicurazione principale è stata assunta senza visita medica, la presente Assicurazione Complementare segue le medesime condizioni stabilite per la carenza dell'Assicurazione principale - di cui al Capitolo 1 della presente SEZIONE B: in tal caso l'evento per il quale riconoscere la prestazione è l'invalidità e non il decesso dell'Assicurato.

Art. 10 Decadenza delle altre Assicurazioni Complementari

Se il contratto prevede anche altre Assicurazioni Complementari, esse cessano nel momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni.

Art. 11 Limiti di età

È possibile scegliere tale Assicurazione Complementare Invalidità solo nel caso in cui l'età dell'Assicurato:

- alla data di decorrenza del contratto sia non inferiore a 18 anni e non superiore a 55 anni
- alla data di scadenza del contratto sia non superiore a 65 anni.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo, per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra l'Impresa e il Contraente

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata nella proposta/polizza dal Contraente e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato

Capitale in caso di morte (prestazione in caso di morte): importo che l'Impresa corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato

Carenza: periodo durante il quale la garanzia del contratto non è efficace; qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurativa

Caricamento: parte di quanto versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Impresa

Cifra fissa: onere costituito da un importo fisso assoluto a carico del Contraente

Conclusione del contratto: momento in cui - dopo aver corrisposto il premio annuo costante di perfezionamento - viene emesso il contratto

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni che si verificano quando un Soggetto rilevante, al momento della prestazione di qualsiasi attività di distribuzione assicurativa, sia portatore di un interesse proprio o facente capo ad un soggetto ad esso collegato e tale interesse sia potenzialmente idoneo ad interferire con quello dei suoi clienti o tra due clienti, in modo tale da incidere negativamente sugli interessi dei Contraenti

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del premio annuo costante all'Impresa

Contratto: contratto di assicurazione sulla vita con il quale l'Impresa si impegna a riconoscere al Beneficiario la prestazione prevista dal contratto quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso

Contratto di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sul premio versato

Decorrenza della garanzia: momento in cui la garanzia entra in vigore e il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio

Documento unico di rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto

Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi

Dichiarazioni dell'Assicurato: documento presente in proposta/polizza sulle sue abitudini di vita, condizioni di salute e attività professionali e sportive (amatoriali e professionali)

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente e/o dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono all'Impresa di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare l'Impresa su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, l'Impresa stessa può chiedere l'annullamento del contratto, recedere dallo stesso o modificare la prestazione/premi, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace

Entrata in vigore: momento in cui il contratto acquista piena efficacia

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'Impresa, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione

Età assicurativa: modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei 6 mesi che precedono e seguono il suo compleanno

Garanzia: garanzia prevista dal contratto in base alla quale l'Impresa si impegna a pagare la prestazione ai Beneficiari

Impignorabilità e inesquestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dall'Impresa al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare

Impresa di assicurazione: Sara Vita Spa, Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione sulla vita

Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa. Il presente prodotto prevede che gli interessi di frazionamento siano già inclusi nel premio da corrispondere

Intermediario: soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo

Home Insurance: Area Riservata presente sul sito dell'Impresa utile al Contraente per gestire telematicamente i propri rapporti assicurativi

Liquidazione: pagamento agli aventi diritto: Beneficiari o vincolatario, della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento

Perfezionamento del contratto: momento in cui avviene il pagamento del premio e la sottoscrizione del modulo di proposta/polizza

Periodo di copertura: periodo durante il quale il contratto è efficace e la garanzia operante

Premio annuo costante: importo da versare all'Impresa quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto

Premio complessivo o lordo: importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare all'Impresa quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto

Premio di tariffa: somma del premio puro e dei caricamenti

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio, ogni semestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale l'Impresa applica una maggiorazione, ossia i cosiddetti interessi di frazionamento

Premiorienza: morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge **Prestazione:** somma pagabile sotto forma di capitale che l'Impresa garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato

Principio di coerenza/appropriatezza: principio in base al quale l'Impresa è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza/appropriatezza del contratto offerto in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio

Proposta/Polizza: documento o modulo sottoscritto dal Contraente con il quale viene concluso il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate. Tale documento fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e prova l'avvenuta corresponsione del premio di perfezionamento

Questionario sanitario e delle attività professionali e sportive: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Impresa utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata dell'Impresa in caso di pagamento presso l'Intermediario, costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di addebito diretto SEPA

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti

Referente terzo: soggetto diverso dal Beneficiario, scelto dal Contraente, a cui l'Impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita. Infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'Impresa di erogare la prestazione assicurativa

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dall'Impresa per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli aventi diritto. La legge impone alle Imprese di assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto

Set Informativo: l'insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa per i Contratti di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo)

Valuta di denominazione: valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

CONFLITTO DI INTERESSI

Sara Vita SpA ha elaborato e attua una Politica in materia di conflitti di interesse che definisce le linee guida di indirizzo per garantire l'individuazione, la prevenzione e la gestione di eventuali conflitti di interesse nella distribuzione di prodotti assicurativi e nella realizzazione ed esecuzione dei relativi contratti di assicurazione Vita.

L'Impresa, nell'individuazione del perimetro e nella prevenzione e gestione di potenziali conflitti di interesse, ritiene rilevanti una serie di fattori, quali:

- a) l'assetto organizzativo e processi di governance
- b) le operazioni infragruppo
- c) il modello distributivo
- d) le operazioni finanziarie
- e) la realizzazione ed esecuzione dei contratti.

Con riguardo alle fattispecie di potenziali conflitti di interesse individuate, l'Impresa ha elaborato e mantiene efficaci presidi organizzativi e amministrativi per la gestione dei conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.

L'Impresa cura in particolare, e tra l'altro, che siano evitate le operazioni nelle quali abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo che incidono negativamente sugli interessi dei Contraenti

Nel caso i presidi organizzativi e amministrativi, stabiliti dall'Impresa per evitare o gestire situazioni di conflitto d'interesse a carattere distributivo, si rivelassero insufficienti per assicurare, con ragionevole certezza, che sia evitato il rischio di nuocere agli interessi del Contraente, l'Impresa invita tutti coloro i quali siano parte attiva del processo di vendita di tali prodotti a informare chiaramente il Contraente, prima della conclusione del contratto di investimento assicurativo, della natura o della fonte di tale conflitto di interesse, in occasione dell'informativa fornita ai sensi dell'articolo 120-ter del Codice delle Assicurazioni private.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Le **principali norme** - primarie e secondarie - destinate al settore assicurativo Vita e che riguardano il presente contratto, sono:

Codice delle Assicurazioni Private

D.Lgs 209/2005 e successive modificazioni e integrazioni: stabilisce le norme fondamentali in materia di assicurazione e va ad integrare le norme contenute nel Codice Civile.

Codice Civile

- **artt.1892, 1893 e 1894:** dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, che possono comportare la perdita del diritto alle prestazioni assicurative e la cessazione dell'Assicurazione
- **art.1919:** l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita
- **art.1920:** il Beneficiario, per effetto della designazione da parte del Contraente, è titolare di un diritto proprio delle prestazioni assicurative, che, in caso di decesso dell'Assicurato, non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo
- **art.1921:** ad eccezione di alcuni specifici casi, la designazione del Beneficiario da parte del Contraente è revocabile in qualsiasi momento con dichiarazione scritta all'Impresa o attraverso testamento
- **art.1923:** le somme dovute in dipendenza del presente contratto non sono pignorabili né sequestrabili
- **artt.1898 e 1926:** Contraente è tenuto a comunicare all'Impresa eventuali modifiche di professione o di attività dell'Assicurato intervenute in corso di contratto

Normativa secondaria emanata da IVASS

L'IVASS è l'istituto deputato a svolgere funzioni di vigilanza e adottare misure normative dirette agli operatori del settore assicurativo.

Tra i più recenti e importanti Regolamenti IVASS che hanno interessato il settore assicurativo Vita abbiamo:

- **Regolamento IVASS 41/18:** Regolamento recante disposizioni in materia di informativa, pubblicità e realizzazione dei prodotti assicurativi
- **Regolamento IVASS 40/18:** Regolamento recante disposizioni in materia di distribuzione assicurativa e riassicurazione.

Chi tratta i tuoi dati

Sara Vita S.p.A., con sede legale a Roma in Via Po n° 20, tratta i tuoi dati personali in qualità di titolare del trattamento⁽¹⁾ ("Sara" o il "Titolare"). Per tutte le informazioni sul trattamento effettuato da Sara puoi contattare il Titolare o il Responsabile della protezione dei dati personali ("RPD") a questi indirizzi:

- RPD@sara.it
- Sara Assicurazioni S.p.A. Via Po, 20 00198 - Roma

⁽¹⁾ Il titolare del trattamento è il soggetto che stabilisce quali dati trattare, come trattarli e per quali finalità.

Perché e come trattiamo i tuoi dati

Sara tratta i tuoi dati personali:

- per **finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa**. In particolare, si tratta di finalità connesse all'espletamento di necessarie attività precontrattuali e alla stipula della polizza assicurativa richiesta (es. valutazione del rischio assicurativo, all'occorrenza effettuata anche attraverso questionari anamnestici, visite mediche e altra documentazione medica, valutazione di adeguatezza, definizione del preventivo economico e della tariffa), all'esecuzione, alla gestione e al controllo del contratto di polizza (inclusa la gestione del customer care e di eventuali sinistri in cui sei coinvolto, riassicurazione, controlli interno). Questi trattamenti sono **necessari per l'esecuzione del contratto** di cui sei parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su tua richiesta ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b) GDPR. Il conferimento dei tuoi dati costituisce un obbligo contrattuale o un requisito necessario all'erogazione del servizio da te richiesto, per cui il mancato conferimento determina l'impossibilità per Sara di adempiere a quanto richiesto. Per il **trattamento dei dati relativi alla salute** - necessario sia per l'assunzione che per la gestione del contratto di polizza - è richiesto il tuo **consenso** ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) GDPR. Il consenso è facoltativo e può essere da te revocato in qualsiasi momento senza pregiudizio alcuno della liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca stessa. In mancanza del consenso Sara non potrà fornirti il servizio richiesto
- per **l'adempimento di obblighi di legge**, inclusi gli adempimenti di natura fiscale, amministrativa e contabile connessi all'esecuzione del contratto, le verifiche di adeguatezza e le obbligazioni relative alla normativa antiriciclaggio e antiterrorismo. Questi trattamenti si fondano sulla **necessità per adempiere un obbligo legale** al quale è soggetto il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. c) GDPR. Il conferimento dei tuoi dati costituisce un obbligo legale, per cui il mancato conferimento determina l'impossibilità di erogare i servizi richiesti. Una volta raccolti i tuoi dati personali per le finalità sopra indicate, il Titolare potrà trattarli anche per altre finalità quali
- per **prevenire, individuare o perseguire frodi**. Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza di prevenire e contrastare comportamenti illeciti, abusi o frodi
- per **finalità difensive** in caso di comportamenti illeciti, abusi o frodi. Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nella esigenza di garantire una difesa tanto in ambito giudiziale quanto nelle fasi che precedono il contenzioso
- per **finalità di analisi statistico/attuariale**. Sara può utilizzare alcuni dati personali (esclusi i dati relativi alla salute), in forma pseudonimizzata e aggregata, relativi al rischio assicurativo, anche eventualmente incrociandoli con altri dati di natura statistica. Questi trattamenti si fondano sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza imprenditoriale di svolgere ricerche e analisi statistico/attuariali
- per l'invio di comunicazioni commerciali e/o iniziative promozionali su prodotti e servizi analoghi a quelli da te già acquistati (c.d. **soft spam**). Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR
- per **mettere a disposizione della stessa Sara e di Sara Assicurazioni S.p.a.**, congiuntamente intese come contitolari del trattamento, **tutti i dati inerenti agli eventuali rapporti assicurativi già in corso con Sara** allo scopo di consentire alle predette società contitolari di svolgere attività di profilazione a fini marketing in modo più corretto, efficace e aderente alla tua specifica situazione. Tale trattamento potrà essere effettuato a condizione che tu abbia preventivamente rilasciato alle società contitolari il tuo consenso alla profilazione a fini marketing. La base giuridica del presente trattamento risiede nel **legittimo interesse** delle società contitolari, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, ad accedere anche ai dati sui rapporti assicurativi eventualmente già in essere con le società del Gruppo Sara Assicurazioni. Tale trattamento viene effettuato anche alla luce del considerando 48 GDPR, che contempla la possibilità di dare luogo ad una circolazione infragruppo a fini amministrativi interni
- per **finalità amministrative interne**, sulla base del **legittimo interesse** di Sara (titolare), di Sara Assicurazioni S.p.a. (titolare) nonché della stessa Sara e di Sara Assicurazioni S.p.a. (contitolari), ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza di gestire gli adempimenti amministrativi funzionali al perseguimento delle altre finalità di trattamento. Tale finalità implica tra l'altro anche la circolazione infragruppo alla luce del considerando 48 GDPR.

N.B. In tutti i casi in cui il trattamento si fonda sul legittimo interesse, il Titolare ha effettuato un bilanciamento tra il proprio legittimo interesse e i tuoi interessi, diritti e libertà fondamentali. Se ritieni che tale bilanciamento non sia corretto e che i tuoi interessi, diritti e libertà fondamentali siano prevalenti puoi esercitare il diritto di opposizione al trattamento come meglio specificato di seguito.

I dati potranno essere, altresì, trattati per finalità di ricerche/analisi statistiche su dati aggregati o anonimi, senza dunque possibilità di identificare l'interessato.

Le finalità⁽²⁾ e le basi giuridiche⁽³⁾ del trattamento sopra indicate sono riepilogate nella seguente tabella:

Svolgere le attività necessarie per l' assunzione e la gestione della polizza	Esecuzione del contratto e di misure precontrattuali
Trattamento dati sanitari per l' assunzione e la gestione della polizza (se il contraente è anche assicurato)	Il consenso è necessario ai fini del trattamento
Svolgere le attività necessarie al rispetto della normativa nazionale e comunitaria	Adempimento di obblighi di legge
Prevenzione e individuazione di frodi assicurative	Questi trattamenti rientrano nell' interesse legittimo del Titolare
Attività necessarie alla difesa dei diritti e degli interessi di Sara	
Analisi statistico-attuariale in forma aggregata o pseudonimizzata	
Invio di comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi analoghi a quelli da te già acquistati	Questo trattamento rientra nell' interesse legittimo del Titolare e di Sara e Sara Assicurazioni in quanto contitolari del trattamento
Comunicare a Sara e Sara Assicurazioni S.p.a. (contitolari) i dati sui rapporti assicurativi già in corso con Sara , a scopo di loro profilazione a fini marketing (se hai fornito loro apposito consenso)	
Finalità amministrative interne che implicano tra l'altro la circolazione infragruppo	Questo trattamento rientra nell' interesse legittimo delle società del Gruppo Sara Assicurazioni

⁽²⁾ Le **finalità del trattamento** indicano il motivo/scopo per cui i dati personali sono trattati.

⁽³⁾ La **base giuridica** è il presupposto che giustifica, da un punto di vista legale, il trattamento dei dati personali. Le basi giuridiche sono previste dall'**art. 6** del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (**GDPR**).

Quali tipi di dati trattiamo

- dati anagrafici e di contatto
- dati bancari
- dati di polizza
- dati relativi al sinistro
- dati relativi alla salute
- dati relativi all'assicurato e al beneficiario
- dati relativi alla situazione personale, patrimoniale e finanziaria
- informazione del rilascio del tuo consenso per la profilazione a fini marketing da parte di Sara e Sara Assicurazioni S.p.a. (contitolari).

Questi dati possono essere acquisiti dal Titolare:

- da **Te** al momento della stipulazione del contratto di polizza o, successivamente, nel corso della durata dello stesso;
- da **Sara Assicurazioni S.p.a.**, quale titolare del trattamento, o dalla stessa **Sara e da Sara Assicurazioni S.p.a.** congiuntamente intese come contitolari del trattamento.

Processi decisionali automatizzati

Alcuni **trattamenti connessi alle finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa e di esecuzione del contratto assicurativo** sono **eseguiti sulla base di processi decisionali automatizzati⁽⁴⁾, anche basati sulla profilazione⁽⁵⁾**. Ci si riferisce in particolare a:

- la valutazione del rischio con conseguente definizione del premio di polizza effettuata con logiche basate sulla tecnica attuariale
- l'obbligo di collocare esclusivamente prodotti adeguati; tale obbligo viene rispettato utilizzando algoritmi che verificano la coerenza delle caratteristiche del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente
- le valutazioni antiterrorismo che determinano il blocco delle operazioni sulla base della verifica della presenza dei soggetti su liste apposite messe a disposizioni da organismi pubblici
- le valutazioni antiriciclaggio che portano all'individuazione di operazione sospette che possono comportare il blocco dell'operazione e la segnalazione all'UIF attraverso la profilatura e l'adeguata verifica della clientela e l'analisi di indicatori di anomalia determinati in virtù di criteri riferiti al cliente (natura giuridica, tipo di attività, comportamento)

tenuto, area geografica) e riferiti all'operazione (tipologia, modalità, ammontare, frequenza, ragionevolezza in relazione all'attività svolta, ecc.).

Tali processi decisionali di norma non sono basati unicamente su un trattamento automatizzato. In ogni caso vengono attuate misure appropriate per la tutela dei diritti, delle libertà e dei legittimi interessi degli interessati compreso il diritto di ottenere l'intervento umano, di esprimere la propria opinione e di contestare la decisione.

⁽⁴⁾ Il **processo decisionale automatizzato** avviene quando vengono prese decisioni nei tuoi confronti utilizzando mezzi elettronici senza l'intervento umano.

⁽⁵⁾ La **profilazione** avviene quando i tuoi aspetti personali vengono valutati per fare previsioni su di te.

A chi comunichiamo i tuoi dati

- **Dipendenti** di Sara autorizzati a trattare i dati in conformità alle istruzioni impartite, ai sensi degli artt. 29 e 32, par. 4 del GDPR e 2-quaterdecies del Codice Privacy
- Soggetti esterni che agiscono come **responsabili del trattamento** sotto il controllo di Sara sulla base delle istruzioni ricevute. Svolgono attività necessarie per il raggiungimento delle finalità sopra indicate. Rientrano in questa categoria, ad esempio, agenti, fornitori di servizi amministrativi, informatici, contabili e di servizi di consulenza
- Soggetti esterni che agiscono come **titolari del trattamento** in maniera autonoma secondo proprie finalità. Sara comunica i dati a questi soggetti solo sulla base di uno dei presupposti sopra indicati (esecuzione del contratto, obbligo di legge, legittimo interesse). Rientrano in questa categoria, ad esempio, autorità di controllo (es. ANIA, IVASS), pubbliche amministrazioni, istituti di credito, istituti finanziari e/o di factoring, società di revisione, società di riassicurazione, intermediari che operano come titolari autonomi
- I dati potranno inoltre essere comunicati a **Sara Assicurazioni S.p.a.** quale **titolare del trattamento** e alle stesse **Sara e Sara Assicurazioni S.p.a.** nella loro distinta veste di **contitolari del trattamento** per finalità amministrativo-contabili, sulla base del legittimo interesse delle stesse società ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR nonché alla luce del considerando 48 GDPR.

Dove trasferiamo i tuoi dati

Sara di norma non trasferisce i tuoi dati al di fuori dell'Unione Europea.

In alcune determinate circostanze connesse alle finalità sopra indicate alcuni dei tuoi dati possono essere trasferiti -direttamente o indirettamente- **verso paesi terzi.** In questo caso Sara assicura che il destinatario, che opera in qualità di responsabile del trattamento, rispetti le disposizioni di cui al GDPR ivi comprese le norme specificatamente dettate per il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi. In particolare, Sara garantisce che i trasferimenti avvengano sulla base di una decisione di adeguatezza, della sottoscrizione da parte del Responsabile di clausole contrattuali tipo di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea o delle norme vincolanti d'impresa. L'effettivo trasferimento dei dati personali verso paesi terzi e le connesse maggiori informazioni possono essere richieste contattando il Titolare o il RPD ai recapiti precedentemente indicati.

Per quanto tempo conserviamo i tuoi dati

Dati necessari per l'esecuzione del contratto → per tutta la durata del contratto. Successivamente alla cessazione del contratto i dati saranno conservati per un ulteriore periodo di **11 anni** e comunque per **21 anni dall'emissione dell'ultima quietanza** al fine di consentire a Sara l'adempimento di obblighi di legge connessi all'esecuzione del contratto e la difesa dei propri diritti. In caso di mancato perfezionamento del contratto, i dati raccolti per finalità connesse alla valutazione del rischio e alla definizione del preventivo economico potranno essere conservati per un periodo di 6 anni per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire a Sara la difesa dei propri diritti.

Dati necessari per il rilascio del preventivo → 6 anni dal rilascio del preventivo, se successivamente non è stata stipulata la polizza

Dati necessari per finalità antifrode e per la difesa dei diritti/interessi di Sara → 11 anni

Dati necessari per l'adempimento di obblighi di legge → per il tempo previsto dalla normativa e necessario per adempiere agli obblighi di legge

Dati necessari per finalità di analisi statistico-attuariale → 6 anni

In ogni caso i tuoi dati saranno trattati nel rispetto dei principi di minimizzazione e limitazione della conservazione di cui all'art. 5, par. 1, lett. c) ed e) del GDPR.

Quali diritti puoi esercitare per proteggere i tuoi dati

- **Accesso** → puoi chiedere conferma dell'esistenza di un trattamento dei tuoi dati personali e chiedere l'accesso alle relative informazioni (es. finalità del trattamento, categorie di dati trattati, categorie di destinatari, periodo di conservazione dei dati, diritti che puoi esercitare, esistenza di un processo decisionale automatizzato)
- **Rettifica dei dati** → in caso di dati incompleti e/o imprecisi
- **Cancellazione dei dati** → quando ti sei opposto al trattamento e non sussiste un legittimo interesse prevalente del Titolare, i dati sono stati trattati illecitamente o c'è un obbligo legale di cancellazione

- **Limitazione del trattamento** → quando contesti l'esattezza dei tuoi dati (per il periodo necessario a verificare l'esattezza dei dati), il trattamento è illecito e non vuoi la cancellazione dei dati, i dati sono necessari per permetterti di agire o difenderti in giudizio o ti sei opposto al trattamento (in attesa della verifica della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare)
- **Portabilità** → puoi chiedere che Sara trasferisca i tuoi dati personali ad altri soggetti da te indicati
- **Revoca del consenso** → per tutti i trattamenti fondati sul tuo consenso, puoi in qualunque momento revocare il consenso prestato. In caso di revoca del consenso, i trattamenti effettuati fino alla revoca restano legittimi, ma Sara non potrà trattare ulteriormente i tuoi dati e non potrà fornirti i servizi per i quali è richiesto il consenso
- **Opposizione** → per tutti i trattamenti fondati sul legittimo interesse di Sara, potrai esercitare il diritto di opposizione al trattamento. In questo caso Sara non potrà trattare ulteriormente i tuoi dati personali salvo che dimostri la prevalenza dei propri interessi o che il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un proprio diritto in sede giudiziaria. Inoltre, hai il diritto di opposti in ogni momento e senza alcuna giustificazione all'invio di comunicazioni di marketing diretto attraverso strumenti automatizzati (sms, mms, e-mail, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore). Con riguardo al marketing diretto, resta salva la possibilità di esercitare tale diritto anche in parte, ossia, in tal caso, opponendoti, ad esempio, al solo invio di comunicazioni promozionali effettuato tramite strumenti automatizzati
- **Reclamo** → se ritieni che ci siano violazioni nel trattamento dei tuoi dati personali puoi presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Per esercitare tali diritti puoi contattare il Titolare o il RPD ai recapiti sopra indicati. Per presentare un reclamo puoi contattare il Garante con le modalità previste sul sito dell'Autorità.

