

# SARADOPPIOVALORE

## POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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

**Agenzia**

**Proposta**      **Tariffa**      **Decorrenza**      **Durata**      **Scadenza**

**Contraente -  persona fisica  persona giuridica** (se persona giuridica i dati sotto riportati sono quelli del legale rappresentante)

Cognome e Nome      Sesso      Codice

Data di nascita      Luogo di nascita      Prov.      Nazione

Indirizzo di residenza n.      CAP      Località      Prov.      Nazione

Tipo di documento di riconoscimento      Numero documento      Ente di rilascio      Cittadinanza

Luogo di rilascio      Prov.      Data rilascio/rinnovo      Data scadenza      Cellulare      e-mail

Professione      Tipologia      Sottogruppo attività cod./desc.      ATECO cod./desc.

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo \_\_\_\_\_, che conferma con la sottoscrizione \_\_\_\_\_ presente proposta \_\_\_\_\_
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo \_\_\_\_\_
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo [clienti@sara.it](mailto:clienti@sara.it)

**Assicurato**

Cognome e Nome      Sesso      Codice Fiscale

Data di nascita      Et  assicurativa      Luogo di nascita      Prov.      Nazione

Indirizzo di residenza      CAP      Localit       Prov.      Nazione

Tipo di documento di riconoscimento      Numero documento      Ente di rilascio      Cittadinanza

Luogo di rilascio      Data rilascio/rinnovo      Data scadenza      Cellulare      e-mail

Professione      Sottogruppo attivit  cod./desc.      ATECO cod./desc.

**POLIZZA N.**      **Agenzia**

**Sara Vita Spa**

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC [saravita@sara.telecompost.it](mailto:saravita@sara.telecompost.it) [info@sara.it](mailto:info@sara.it)  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Societ  del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Societ  soggetta all'attivit  di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La societ    soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

**sara** 

## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza sotto riportata verrà liquidato il capitale assicurato di Euro .

### PRESTAZIONE IN CASO DI VITA

in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza sotto riportata verrà liquidato un bonus di importo pari al % della somma dei premi versati, a condizione che siano stati versati tutti i premi previsti.

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal pagamento del Premio Annuo Netto di Euro che verrà versato in misura costante, per anni, con frazionamento in rate anticipate pari ad Euro .

L'ultima rata di premio da corrispondere sarà quella con scadenza .

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo che viene versata per le prestazioni di cui sopra riferita alla copertura del rischio morte è pari a Euro .

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

## Beneficiari in caso di morte

Nominativo 100,00%

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

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, all'Impresa per fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

**Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefonico**

## Beneficiari in caso di vita

Nominativo 100,00%

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

## Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: il premio è pagato in contanti

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: contante, bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario esplicitamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa o l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD); quest'ultima modalità è obbligatoria qualora sia stato scelto il frazionamento mensile del premio.

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

## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

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

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1710 e 1711 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati contenuti nella presente Proposta/Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato di salute e negli eventuali questionari supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa, con il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 22/06/2016, n. 112 - "Dopo di noi".

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

Ai sensi dell'articolo 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione l'informazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del Contraente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

## POLIZZA N. Agenzia

### Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



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

### Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborsa al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Individuali\_1.0, Informativa assicurativa (in allegato))

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di assicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

**Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP (mod. V396 D ed. 03/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V396 D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V396 CdA ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V396 PP ed.03/22).**

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

**Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli articoli 1311 e 1312 del Codice Civile, sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuenti le esclusioni e l'assunzione del rischio che le Condizioni Speciali di polizza assunte senza visita medica (carezza).**

Assicurato

Contraente

Polizza emessa in base alle Condizioni di Assicurazione e delle disposizioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti in materia di viaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del premio sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario (\*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(\*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facendo compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

**POLIZZA N. Agenzia**

**Sara Vita Spa**

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

**sara** 

**Dichiarazioni dell'Assicurato parte integrante della Polizza n.**

**Intermediario**

**Assicurato**

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

**Attività Professionali**

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

**Attività Sportive**

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo, sci, canoa, canottaggio, arrampicate su pareti artificiali, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, windsurf, rafting, canoa, canottaggio, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, volo ultraleggero, parapendio, parapendio)? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate nei punti precedenti? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, rosolia, febbre tifoide, febbre parotite, rinite cronica, bronchite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no   
  - Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- 3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture e lussure semplici, deviazione del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi di chirurgia plastica, chirurgia estetica) si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
  - Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si  no   
  - Se sì, indicare la motivazione, il nome del farmaco, il periodo di utilizzo e se sottoposto a esami ematochimici fuori norme rientrati nei limiti: \_\_\_\_\_
- 6) E' fumatore? si  no   
  - (per Non Fumatore si intende chi non fuma, nemmeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
  - Quantità giornaliera e periodo: \_\_\_\_\_
- 7) Fa o ha mai fatto uso di alcoolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no   
  - Quantità e periodo: \_\_\_\_\_
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no   
  - Tipo di sostanza: \_\_\_\_\_

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

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