

SARATUTELAPRONTA POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante

Agenzia				Subar	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza	
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)					
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale		
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza n.		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	

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

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della 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 comunicati esclusivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo istanzazienti@sara.it

Assicurato					
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale		
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

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 

Caratteristiche del contratto

PRESTAZIONE IN CASO MORTE

In caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il **capitale assicurato di Euro** .

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal Premio Annuo Netto di **Euro** che verrà corrisposto in misura costante, per con frazionamento in rate anticipate pari ad **Euro** ,

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

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo netto delle prestazioni di base riferita al rischio morte è pari a **Euro** .

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di assicurazione nonché le dichiarazioni lette e sottoscritte dal Contraente e dall'Assicurato.

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

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

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o contante unito alla clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, addebito diretto bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (SDD).

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

Dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti dell'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni fornite.

L'Assicurato dichiara di:

non soffrire o non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanitari o ospedali per malattie gravi o comunque significative, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non aver subito interventi chirurgici significativi, quali definiti nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto da tossicodipendenza o alcolismo

non esercitare nessuna delle attività professionali considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio, quali elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 30 giorni.

L'Assicurato conferma che le dichiarazioni rese sono vere, precise ed esatte e che non ha taciuto, ommesso ed alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'impresa e costituiscono parte integrante del contratto.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

Prima della sottoscrizione del contratto l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1362 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nel presente Questionario/Polizza costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso assicurativo in base alle dichiarazioni stesse.

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

Ai sensi degli articoli 1362 e 1893 del Codice Civile e del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione le informazioni e le condizioni contrattuali e contrattuali previste dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi e contrattuali 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 assicurativa 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.

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.

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)

Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Individuali_1.0, Informativa Assicurati_ind_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessari per la stipula e l'evoluzione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, o a titolari 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.

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, confermano la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti DMICA (mod. V392 D ed. 03/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V392 D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V392 Cda ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V392 PP ed.03/22).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni e i contenuti delle Condizioni di Assicurazione.

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

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle condizioni di polizza 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 sottoscrizione e le successive modificazioni e integrazioni ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (posizioni consentite per lotta al riciclaggio).

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

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario (*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario che ha sottoscritto la polizza, facente fede della corretta 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