

Saratutelavita Plus
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e a premio annuo costanti

Agenzia	Subagenzia
----------------	-------------------

Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza
-----------------	----------------	-------------------	---------------	-----------------

Contraente - persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)

Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente

Socio ACI: **NO** se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza

Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza n.	CAP	Località	Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare
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 della presente polizza
- 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 tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo riservataclienti@saravita.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)



Caratteristiche del contratto

PRESTAZIONI DI BASE

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

Vengono inoltre garantite le prestazioni delle seguenti **Assicurazioni Complementari:**

GARANZIA FAMIGLIA - Sez. B, Cap. 3, in caso di morte del Sig./Sig.ra nato/a il C.F. , a fronte di un premio annuo di Euro
INVALIDITA' - Sez. B, Cap. 4, a fronte del premio annuo di Euro

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

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

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 03/22 e le condizioni di cui ai seguenti articoli della Sez. B dello stesso modello:

- Capitolo 1 - Condizioni Speciali per contratti assunti senza visita medica (carezza)
- Capitolo 3 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Garanzia Famiglia
- Capitolo 4 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Invalidità

Beneficiari in caso di morte

Nominativo 100,00%

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

Intende indicare un referente terzo, diverso dai Beneficiari sopra indicati, a cui l'Impresa potrà riferire in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegni bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine bancario, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, oppure 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 presunte sono a carico del Contraente.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1825 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e negli eventuali questionari supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa accetta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

L'Assicurato dichiara di essere fumatore

Il Contraente dichiara che il presente contratto non viene stipulato 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 degli articoli 56 e 57 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione informativa attuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precisi ai quali si applicano le citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, 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 politiche comportamentali del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documenti relativi agli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1462 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 delle imposte, per la componente relativa all' Assicurazione Complementare Infortuni, della parte di premio relativo 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 ..._ind_1

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 riassicurazione, operanti in modo autonomo 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. V409 DV ed. 03/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V409 CdA ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V409 PP ed.03/22).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 141 e 142 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio che le condizioni contrattuali per polizze assunte senza visita medica (carenza).

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario 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 (in particolare disposizioni urgenti in materia di 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

Qualifica dell'Intermediario (*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la polizza e che si assume la 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 

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 informazioni di carattere sanitario che informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato stesso. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato, ritenute per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio 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 aeree, impianti elettrici, circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di pubblica sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri trasportata 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, e in particolare 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, attività 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 atti di terrorismo, 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 (compreso camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, canoa, rafting, canoa, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si no
 - Se sì, quali? _____
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, ariete, 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, raffreddore, rosolia, otite, 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 emotrapiusioni 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 plastici estetici) 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, se gli sono stati prescritti esami ematochimici fuori dal normale, e se rientrati nei limiti di normalità _____
- 6) E' fumatore? si no
 - Se sì, indicare se intende chiudersi, e se no, quante e con quale frequenza, 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 alcolici o superalcolici 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 sostanze: _____

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.

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

Saratutelavita Plus
POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente e a premio annuo costante limitato

Agenzia	Subar
----------------	-------

Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Sc
-----------------	----------------	-------------------	---------------	-----------

Contraente - persona fisica 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	Cellulare	
-------------------	-------	-----------------------	---------------	-----------	--

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 della presente polizza
- 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 informazioni@saravita.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)



Caratteristiche del contratto

PRESTAZIONI IN CASO DI MORTE

in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il **capitale assicurato di Euro** diminuito di 1/ del capitale stesso per quanti saranno gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso dell'Assicurato.

Le prestazioni di cui sopra vengono fornite dietro il pagamento del Premio Annuo Netto di **Euro** che verrà corrisposto in modo costante, per anni, con frazionamento in rate anticipate pari a **Euro**

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

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

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 03/22 e le condizioni di cui ai seguenti allegati della Sez. B dello stesso modello:

Capitolo 1 - Condizioni Speciali per contratti assunti senza visita medica (carenza)

Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

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

Intende indicare un referente terzo, diverso dai Beneficiari sopra indicati, a cui l'Impresa potrà riferire in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

Nominativo REFERENTE TERZO Codice fiscale Indirizzo E-mail Numero telefono

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

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

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

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete 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 garantisce l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per verificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza, comprensive delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e negli eventuali quesiti supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

L'Assicurato dichiara di essere fumatore

Il Contraente dichiara che il presente contratto non viene stipulato 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 degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e attuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle 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 distribuita, forniti dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle reti di compagnie 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 19 del Codice Civile, l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria persona.

Ai sensi dell'articolo 1894 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la correzione 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)

sara 

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 Individuale_ind_1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare esecuzione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operatori sanitari e 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 delle dichiarazioni riportate nel presente documento.

Assicurato	Contraente
------------	------------

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DMICA (mod. V409 DV ed. 03/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Guida (mod. V409 CdA ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V409 PP ed.03/22).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 141 e 142 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio che l'articolo delle Condizioni di Assicurazione per polizze assunte senza visita medica (carenza).

Assicurato	Contraente
------------	------------

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni ricevute dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale



Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme proposte 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 (in materia di sanzioni urgenti per lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento 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 ricevuto la necessaria e sufficiente 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 

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

Attività Professionali

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria: _____
- 2) Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee aeree, impianti elettrici, circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di pubblica sicurezza, pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di categoria superiore a 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 o nocive (ad es. 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, arrampicate, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? si no
 • Se sì, quali? _____
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, terrorismo, 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, arrampicate, trekking, arrampicate su pareti artificiali, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, sci, canoa, rafting, skate, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si no
 • Se sì, quali? _____
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, volo a vela, volo ultraleggero, aliante, 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, raffreddore, rosolia, varicella, eritema infettivo, 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 emotrapianti o terapia a base di emoderivati? si no
 (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, cistectomia, adenolectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture o lesioni semplici, deviazioni del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per aumento di seno, interventi estetici) _____
 • Se sì, quali? con quale risultato? _____
 • Epoca? Motivo? _____
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si no
 • Se sì, indicare la motivazione, il tipo di farmaco, il periodo di utilizzo, gli eventuali esami ematochimici fuori dalle norme di riferimento, i ricoveri in ospedale, i ricoveri nei pronto soccorsi, i ricoveri nei pronto soccorsi _____
- 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 di fumo: _____
- 7) Fa o ha 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 giornaliera di alcoolici: _____
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si no
 • Tipo di sostanza, periodo di utilizzo: _____

L'Assicurato dichiara che le informazioni 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.

Data _____ **Assicurato** _____ **Intermediario** _____
(per autenticità delle firme)