

Saradanaio

**Contratto di Assicurazione a capitale differito rivalutabile
a premi unici ricorrenti e con possibilità di versamenti aggiuntivi,
con bonus di fedeltà e possibilità di prestazioni potenziate caso
morte e invalidità**

Condizioni di Assicurazione comprehensive del 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: **31/05/22**

pagina bianca



INDICE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

PARTE I - PRESTAZIONI E CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa	pag. 4
Art. 2 - Contraente, Assicurato, Beneficiario	pag. 4
Art. 3 - Caratteristiche del contratto	pag. 3
Art. 4 - Prestazioni	pag. 5
Art. 5 - Bonus di fedeltà	pag. 6
Art. 6 - Opzioni di rendita	pag. 8
Art. 7 - Limiti di età dell'Assicurato	pag. 8

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 8 - Versamenti	pag. 9
---------------------	--------

PARTE III - INIZIO E TERMINE DEL CONTRATTO, DURATA

Art. 9 - Entrata in vigore e conclusione del contratto	pag. 12
Art. 10 - Durata	pag. 12
Art. 11 - Recesso dal contratto	pag. 12

PARTE IV - ESCLUSIONI, ASSUNZIONE DEL RISCHIO, DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI

Art. 12 - Esclusioni e assunzione del rischio	pag. 13
Art. 13 - Limitazione della copertura del rischio - carenza	pag. 14
Art. 14 - Limite della prestazione potenziata	pag. 14
Art. 15 - Rischio comune	pag. 14
Art. 16 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 15
Art. 17 - Comunicazioni e documentazione rilasciata dall'Impresa	pag. 15

PARTE V - INVESTIMENTO: GESTIONE SEPARATA

Art. 18 - Determinazione del capitale assicurato iniziale	pag. 16
Art. 19 - Clausola di rivalutazione	pag. 17
Art. 20 - Commissione di gestione da applicare alla Gestione Separata	pag. 18

PARTE VI - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RISCATTO

Art. 21 - Mancato pagamento del premio unico ricorrente	pag. 18
Art. 22 - Liquidazione per riscatto	pag. 18

PARTE VII - ASPETTI NORMATIVI

Art. 23 - Cessione, Pegno, Vincolo	pag. 19
Art. 24 - Beneficiario	pag. 19
Art. 25 - Pagamenti dell'Impresa	pag. 20
Art. 26 - Foro competente	pag. 21
Art. 27 - Legge applicabile al contratto	pag. 21

PARTE VIII - REGOLAMENTO: Gestione Separata

Regolamento della Gestione Separata FONDO PIÙ	pag. 22
--	---------

ALLEGATI

- **ALLEGATO 1: ELENCO DELLE MALATTIE GRAVI O SIGNIFICATIVE, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI SIGNIFICATIVI, DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI E/O SPORTIVE CONSIDERATE A RISCHIO** pag. 24
- **ALLEGATO 2: PROSPETTO DEI COEFFICIENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO INIZIALE** pag. 26
- **ALLEGATO 3: CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA PRESTAZIONE INVALIDITÀ** pag. 27

GLOSSARIO

pag. 29

CONFLITTO DI INTERESSI

RIFERIMENTI NORMATIVI

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano **Saradanaio** (di seguito anche "contratto") offerto da **Sara Vita Spa** (di seguito anche "Impresa").

Saradanaio è un contratto di Assicurazione sulla Vita in forma di Capitale Differito Rivalutabile a premi unici ricorrenti, con possibilità di versamenti aggiuntivi, bonus di fedeltà e con possibilità di prestazione potenzialmente caso morte (controassicurazione potenziata) e di invalidità.

Saradanaio prevede la liquidazione della prestazione sia alla scadenza che in caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto.

La prestazione potenziata caso morte e la prestazione in caso di invalidità totale e permanente riconosciuta all'Assicurato (di seguito **prestazioni aggiuntive**) sono scelte dal Contraente in modo facoltativo in fase di sottoscrizione del contratto.

Di seguito i premi unici ricorrenti e i versamenti aggiuntivi, se non indicati in modo distinto, vengono definiti genericamente **versamenti**.

Il codice tariffa di **Saradanaio** è tar.507.

Saradanaio appartiene alla categoria dei **contratti Rivalutabili** - Ramo I - per la quale la prestazione è contrattualmente garantita dall'Impresa e si rivaluta annualmente in base al rendimento di una Gestione Separata di attivi denominata **FONDO PIÙ** (di seguito anche **Gestione Separata**).

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

- **KID - Documento contenente le informazioni chiave:** il documento che fornisce informazioni che permettono di comparare questo con altri prodotti di investimento presenti sul mercato assicurativo
- **DIP Aggiuntivo IBIP:** il documento che fornisce informazioni integrative e complementari - diverse da quelle pubblicitarie - rispetto alle Condizioni di Assicurazione e al KID, utili a far acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo
- **Condizioni di Assicurazione:** l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione, sono comprensive del Glossario
- **Modulo di proposta/polizza (fac simile):** il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e attesta il pagamento del premio unico ricorrente corrisposto alla data di perfezionamento del contratto
- **Informativa Privacy - Regolamento generale sulla protezione dei dati ("GDPR"):** il documento che informa in merito al 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**: per le informazioni da tener in maggior conto e sulle quali è necessario prestare la massima attenzione

sezioni **bordate di grigio**: per le informazioni 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 o 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.

PARTE I - PRESTAZIONI 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, 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 i premi unici ricorrenti
- **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

Saradanaio appartiene alla categoria dei **contratti Rivalutabili** - Ramo I - per la quale la prestazione è contrattualmente garantita dall'Impresa e si rivaluta annualmente in base al risultato finanziario conseguito dalla **Gestione Separata FONDO PIÙ**.

Il **Regolamento** della Gestione Separata è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione (**Parte VIII**).

Saradanaio prevede:

- una **prestazione base** per la quale l'Impresa, al verificarsi dei seguenti eventi, si impegna a riconoscere:
 - **alla scadenza del contratto** il relativo capitale assicurato, rivalutato in base al rendimento realizzato dalla Gestione Separata
 - **in caso di decesso dell'Assicurato** il cumulo dei versamenti effettuati rivalutati
- dei **bonus di fedeltà** (ne sono previsti al massimo 3, nel caso sia stata scelta una durata di 20 anni) che l'Impresa riconosce al contratto a determinate ricorrenze annue, se e solo se questo risulta in regola con il pagamento dei premi unici ricorrenti
- due **prestazioni aggiuntive** che il Contraente ha **facoltà di scegliere** in fase di sottoscrizione del contratto, che vanno ad integrare la prestazione base e per le quali l'Impresa riconosce:
 - **in caso di decesso dell'Assicurato** una **prestazione potenziata caso morte** che decresce di **1/n** all'anno e che inizialmente è pari al **cumulo dei premi previsti dal piano di versamento programmato**; dove n è la durata del contratto e il cumulo dei premi previsti è la somma complessiva che il Contraente è tenuto a corrispondere per tutta la durata del contratto affinché vengano riconosciute tali prestazioni aggiuntive
 - **in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato** una **prestazione invalidità** pari alla somma dei premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva la data di riconoscimento dell'invalidità. Questi premi sono da considerare a tutti gli effetti come fossero stati effettivamente corrisposti dal Contraente e dunque concorrono alla formazione di tutti gli importi riconosciuti dall'Impresa.

La prestazione alla scadenza del contratto, quella in caso di decesso dell'Assicurato e le liquidazioni in caso di riscatto totale o parziale sono ottenute in funzione del **capitale assicurato** e si veda per esso quanto illustrato agli Artt. 18, 19 e 20.

Quanto sopra si realizza attraverso un **piano di versamento programmato, integrabile con versamenti aggiuntivi**, che va a costituire nel tempo le prestazioni previste dal contratto in misura del **capitale assicurato** che si rivaluta annualmente.

Il **piano di versamento programmato** viene rispettato - e il contratto si considera in regola con il pagamento dei premi - se, stabilito in fase di sottoscrizione del contratto:

- il premio unico ricorrente
- la periodicità di versamento (annuale, semestrale, trimestrale o mensile)
- la durata,

il **cumulo dei premi unici ricorrenti** (premio unico ricorrente \times periodicità di versamento \times durata) alla scadenza del contratto è pari a quanto effettivamente corrisposto dal Contraente; in tale cumulo non vengono considerati gli eventuali versamenti aggiuntivi.

Art. 4 - Prestazioni

A fronte di ciascun versamento il contratto prevede:

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO A SCADENZA

in caso di vita dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto e a fronte di ogni versamento effettuato, l'Impresa liquida ai Beneficiari designati un importo - definito **prestazione caso vita** - pari al capitale assicurato del contratto, rivalutato secondo la misura e le modalità previste dalla Clausola di Rivalutazione, parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione all'Art.19, alla quale si rimanda.

La prestazione complessiva caso vita è ottenuta come somma di ogni singolo capitale assicurato a scadenza, determinato in funzione di ciascun versamento effettuato.

Tale prestazione caso vita viene eventualmente maggiorata dei **bonus di fedeltà** di cui al successivo Art.5.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO IN CORSO DI CONTRATTO

in caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto l'Impresa liquida ai Beneficiari designati un importo - definito **controassicurazione** - pari al totale dei premi unici ricorrenti - al netto dell'eventuale quota parte di premio afferente alle prestazioni aggiuntive - e agli eventuali versamenti aggiuntivi corrisposti:

- fino alla data di ricorrenza annua precedente o coincidente la data del decesso, riproporzionati in base alle liquidazioni per riscatti parziali eventualmente effettuate nel periodo trascorso e rivalutati alla data di ricorrenza annua precedente la data del decesso, secondo la misura e le modalità previste dalla Clausola di Rivalutazione
- nel periodo compreso tra la data di ricorrenza annua precedente o coincidente la data del decesso e la data del decesso stessa, riproporzionati in base alle liquidazioni per riscatto parziale eventualmente effettuate nello stesso intervallo temporale

PRESTAZIONE POTENZIATA CASO MORTE (FACOLTATIVA)

in caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto, e se e solo se il contratto è in regola con il pagamento dei premi unici ricorrenti, la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (prestazione base) viene integrata con un importo - definito **prestazione potenziata caso morte** - che si ottiene diminuendo di una quota pari ad $1/n$, ad ogni data di ricorrenza annua, un importo che inizialmente è pari al **cumulo dei premi unici ricorrenti stabilito dal piano di versamento programmato**; "n" indica la durata del contratto.

Si rimanda al successivo Art.14 per il dettaglio sui limiti previsti per tale prestazione potenziata.

ESEMPIO: COME SI DETERMINA LA PRESTAZIONE POTENZIATA CASO MORTE

si ipotizzi quanto segue:

- | | |
|--|---|
| • data di decorrenza del contratto il 1° giugno 2020 | • data del decesso dell'Assicurato il 10 giugno 2035 |
| • premio unico ricorrente pari a Euro 75 | • periodicità di pagamento: mensile , con valore corrispondente pari a 12 |
| • durata del contratto: 20 anni | |

di conseguenza, il **piano di versamento programmato** prevede un **cumulo dei premi** pari a: (Euro 75 \times 12 \times 20) = **Euro 18.000**.

a questo importo iniziale si detrae - ad ogni ricorrenza annuale - un importo pari a (Euro 18.000 \times 1/20) = **Euro 900** ed essendo il decesso avvenuto nel corso della 15° ricorrenza annua, la **prestazione potenziata caso di morte** riconosciuta al contratto è pari a **Euro 4.500**

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. Inoltre, sono sviluppate ipotizzando che la prestazione potenziata caso morte sia valida al momento dell'evento. Di conseguenza non impegnano in alcun modo l'Impresa.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ DELL'ASSICURATO IN CORSO DI CONTRATTO (FACOLTATIVA)

in caso di invalidità totale e permanente riconosciuta all'Assicurato in corso di contratto, l'Impresa riconosce alla scadenza del contratto un importo - definito **prestazione invalidità** - corrispondente alla somma dei premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva alla data di denuncia dello stato di invalidità, per il periodo che intercorre dalla data di denuncia alla data di scadenza del contratto.

Per la definizione di invalidità, la cessazione della stessa e in generale per le condizioni che normano questa garanzia, si rimanda all'Allegato 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Di conseguenza, nell'ipotesi che siano state scelte anche le prestazioni aggiuntive, **in caso di vita dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto**, l'importo che l'Impresa corrisponde ai Beneficiari designati è ottenuto come somma di:

- ogni singolo capitale assicurato - comprensivo degli eventuali bonus di fedeltà riconosciuti - corrispondente a ciascun versamento effettuato dal Contraente fino alla data di denuncia dello stato di invalidità - rivalutato fino alla data di scadenza del contratto
- gli eventuali bonus di fedeltà riconosciuti al contratto successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità, rivalutati dalla data di riconoscimento del bonus alla data di scadenza
- la prestazione invalidità, ottenuta sommando i premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva alla data di denuncia dello stato di invalidità per il periodo che intercorre dalla data di denuncia alla data di scadenza.

Mentre, **in caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto ma successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità**, l'importo che l'Impresa corrisponde ai Beneficiari designati è ottenuto come somma di:

- la prestazione in caso di decesso, considerando i versamenti corrisposti fino alla data di denuncia dell'invalidità, rivalutata fino alla data del decesso
- la prestazione potenziata caso morte, determinata alla data di ricorrenza annua immediatamente precedente la data del decesso
- la prestazione invalidità, ottenuta sommando i premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva alla data di denuncia dello stato di invalidità per il periodo che intercorre dalla data di denuncia alla data del decesso.

Di seguito si riassumono i diversi importi che l'Impresa corrisponde ai Beneficiari designati nel caso in cui l'Assicurato diventa invalido e siano attive le prestazioni potenziata caso morte e invalidità (dunque il contratto sia in regola con il pagamento dei premi unici ricorrenti):

tabella 1.

PRESTAZIONE RICONOSCIUTA AL CONTRATTO	
IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO ALLA DATA DI SCADENZA DEL CONTRATTO	IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO IN CORSO DI CONTRATTO
CAPITALE ASSICURATO RIVALUTATO, comprensivo dei bonus, fino alla data di denuncia di invalidità	PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO, somma dei versamenti rivalutati fino alla data del decesso afferenti alla sola prestazione base e riferiti al periodo precedente la data di denuncia dell'invalidità
+	+
SOMMA DEI BONUS DI FEDELTA' RIVALUTATI, riferiti al periodo successivo la data di denuncia dell'invalidità	PRESTAZIONE POTENZIATA CASO MORTE alla data di ricorrenza annua che precede la data del decesso
+	+
PRESTAZIONE INVALIDITÀ: somma dei premi unici ricorrenti riferiti al periodo successivo la data di denuncia dell'invalidità	

Art. 5 Bonus di fedeltà

L'Impresa, alle condizioni qui illustrate, riconosce al contratto dei **bonus di fedeltà** alle seguenti date di ricorrenza annue:

- se la durata del contratto è **10 anni**: alla 10° data di ricorrenza
- se la durata del contratto è **15 anni**: alla 10° e alla 15° data di ricorrenza
- se la durata del contratto è **20 anni**: alla 10°, alla 15° e alla 20° data di ricorrenza.

Il riconoscimento del bonus di fedeltà è previsto se e solo se il Contraente, alle date di ricorrenza stabilite, abbia rispettato il piano di versamento programmato.

Di conseguenza il bonus di fedeltà viene riconosciuto solo nel caso in cui il Contraente:

- abbia corrisposto i premi unici ricorrenti con regolarità
- non abbia mai diminuito, in corso di contratto, l'importo del premio unico ricorrente
- non abbia richiesto riscatti parziali nei periodi precedenti la data di ricorrenza annua di riconoscimento del bonus.

Il **piano di versamento programmato** è da intendersi rispettato se e solo se l'importo complessivamente versato alla data di ricorrenza annua di riconoscimento di ciascun bonus risulti essere pari a:

- il premio unico ricorrente scelto dal Contraente
- il valore corrispondente alla periodicità di pagamento prescelta
- il numero di anni che intercorrono dalla data di decorrenza del contratto e la data di ricorrenza annua in cui viene riconosciuto il bonus.

Ciascun bonus di fedeltà:

- viene ottenuto come percentuale dell'importo complessivamente versato, di cui sopra, coerente con il piano di versamento programmato. Le percentuali da applicare sono le seguenti:
 - **2%**: alla 10° data di ricorrenza
 - **3%**: alla 15° data di ricorrenza
 - **4%**: alla 20° data di ricorrenza
- è indipendente dagli eventuali versamenti aggiuntivi, che non concorrono al suo ammontare
- viene riconosciuto integralmente al contratto e, a partire dalla data di ricorrenza annua successiva al riconoscimento, viene rivalutato secondo la misura e le modalità previste dalla Clausola di Rivalutazione e consolidato al contratto
- viene riconosciuto al contratto anche successivamente al riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, sempre che sia attiva la prestazione invalidità
- non varia in caso di eventuale incremento dell'importo del premio unico ricorrente
- alla data di scadenza del contratto viene liquidato insieme al valore della prestazione caso vita.

In sintesi, si può riassumere il bonus di fedeltà come segue:

tabella 2.

DURATA	RICONOSCIMENTO DEL BONUS DI FEDELTÀ		
	alla ricorrenza annua del contratto		
	10°	15°	20°
10 anni	2%	-	-
15 anni	2%	3%	-
20 anni	2%	3%	4%

ESEMPIO: COME SI DETERMINA IL BONUS DI FEDELTÀ

si ipotizzi quanto segue:

- data di decorrenza del contratto il 1° giugno 2020
- premio unico ricorrente pari a **Euro 75**
- durata del contratto: **20 anni**
- periodicità di pagamento: **mensile**, con valore corrispondente pari a **12**

di conseguenza sono previsti 3 bonus fedeltà: rispettivamente alla 10°, 15° e 20° ricorrenza annua.

essendo il **cumulo dei premi** pari a: $(\text{Euro } 75 \times 12 \times 20) = \text{Euro } 18.000$ gli importi di ciascun bonus sono:

- **alla 10° ricorrenza annua:** sono stati versati complessivamente **Euro 9.000** di premi unici ricorrenti e il bonus di fedeltà è pari a $(\text{Euro } 9.000 \times 2\%) = \text{Euro } 180$
- **alla 15° ricorrenza annua:** sono stati versati complessivamente **Euro 13.500** di premi unici ricorrenti e il bonus di fedeltà è pari a $(\text{Euro } 13.500 \times 3\%) = \text{Euro } 405$
- **alla 20° ricorrenza annua:** sono stati versati complessivamente **Euro 18.000** di premi unici ricorrenti e il bonus di fedeltà è pari a $(\text{Euro } 18.000 \times 4\%) = \text{Euro } 720$.

Art. 6 Opzioni a scadenza

Entro la data di scadenza del contratto il Contraente, con richiesta scritta da inviare all'Impresa anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto, può richiedere che la prestazione caso vita, liquidabile alla scadenza del contratto, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge, venga convertita in una delle seguenti tipologie di rendita:

- una rendita annua vitalizia immediata rivalutabile, erogabile ai Beneficiari designati finché l'Assicurato sia in vita
- una rendita annua vitalizia immediata rivalutabile, erogabile ai Beneficiari designati in modo certo (vale a dire anche in caso di decesso dell'Assicurato) nei primi 5 anni e, successivamente, finché l'Assicurato sia in vita
- una rendita annua vitalizia immediata rivalutabile, erogabile ai Beneficiari designati in modo certo (vale a dire anche in caso di decesso dell'Assicurato) nei primi 10 anni e, successivamente, finché l'Assicurato sia in vita
- una rendita annua vitalizia immediata rivalutabile su 2 teste - quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa) - erogabile ai Beneficiari designati fino al decesso dell'Assicurato (prima testa) e, successivamente, in misura totale o parziale, finché sia in vita l'altro soggetto (seconda testa).

La rendita annua vitalizia immediata rivalutabile è determinata e corrisposta - al netto delle ritenute fiscali previste dalla legge e in rate posticipate secondo il frazionamento prescelto - alle condizioni della tariffa, corrispondente all'opzione prescelta in vigore al momento della richiesta e a condizione che l'Assicurato risulti in vita alla data di scadenza di ciascuna rata.

L'Impresa si impegna a fornire per iscritto al Contraente, entro il termine massimo di 60 giorni prima della data prevista per l'esercizio dell'opzione, una descrizione sintetica di tutte le tipologie di rendita esercitabili, di cui sopra, con evidenza dei relativi costi e condizioni economiche.

Infatti, prima dell'esercizio dell'opzione, l'Impresa si impegna a trasmettere il Set Informativo della tipologia di rendita annua vitalizia immediata rivalutabile per la quale il Contraente ha manifestato il proprio interesse.

Art. 7 - 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.

Per età dell'Assicurato è da intendersi l'età assicurativa ottenuta ipotizzando che l'Assicurato mantenga la medesima età nei 6 mesi che precedono e seguono la data del suo compleanno.

Relativamente alla sola età minima - vista la necessità che l'Assicurato abbia, rispettivamente, per la prestazione vita e per le prestazioni aggiuntive, 1 anno o 18 anni alla data di decorrenza - queste sono da intendersi come età effettiva e non assicurativa.

Di seguito si illustrano tali limiti a seconda delle diverse prestazioni:

tabella 3.

PRESTAZIONI	ETÀ DELL'ASSICURATO		ALLA DATA DI SCADENZA: ETÀ MASSIMA
	ALLA DATA DI DECORRENZA: età minima	età massima	
prestazione base	1 anno	75 anni	85 anni
prestazioni aggiuntive	18 anni	60 anni	70 anni

ESEMPIO: COME SI INDIVIDUA L'ETÀ ASSICURATIVA

si ipotizzi quanto segue:

- data di decorrenza del contratto il 1° giugno 2020
- data di nascita dell'Assicurato il 15 ottobre 2000

secondo questa regola l'età assicurativa alla data di decorrenza è **20 anni** visto che la decorrenza cade nell'intervallo compreso tra il 15 aprile 2020 (6 mesi prima) e il 15 aprile 2021 (6 mesi dopo)

Nella tabella che segue, come quadro riassuntivo, si illustrano le diverse combinazioni delle prestazioni per le quali il contratto può essere o meno assunto, al variare delle durate e dell'età dell'Assicurato:

ETÀ DELL'ASSICURATO	GARANZIE ASSUMIBILI PER DURATA CONTRATTO		
	10 anni	15 anni	20 anni
da 1 anno a 17 anni		prestazione base	
da 18 a 50 anni		tutte le prestazioni	
da 51 a 55 anni	tutte le prestazioni		prestazione base
da 56 a 60 anni	tutte le prestazioni	prestazione base	
da 61 a 65 anni		prestazione base	
da 66 a 70 anni	prestazione base		nessuna prestazione
da 71 a 75 anni	prestazione base	nessuna prestazione	

L'ipotesi sottostante a questo schema è che si siano scelte le prestazioni aggiuntive in fase di sottoscrizione del contratto e che l'Assicurato possa **sempre dichiarare un buono stato di salute e la pratica di professioni e/o sport non a rischio**: si rimanda per questo al successivo Art. 12 e all'Allegato 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui le prestazioni aggiuntive non siano assumibili o, una volta scelte, decadano in corso di contratto, resta pienamente valida la prestazione base.

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 8 - Versamenti

Le **prestazioni** - descritte al precedente Art.4 - **vengono determinate** dietro versamento di ciascun premio unico ricorrente ed eventuali versamenti aggiuntivi che il Contraente decide di corrispondere in base ai suoi obiettivi e alle garanzie previste dal contratto.

PREMIO UNICO RICORRENTE

ciascun importo viene corrisposto:

- **anticipatamente**, dovuto dunque all'inizio del periodo assicurativo al quale si riferisce
- con le seguenti **periodicità di pagamento**: mensile, trimestrale, semestrale o annuale. Il Contraente sceglie la periodicità in fase di sottoscrizione del contratto.

Il valore corrispondente alla periodicità di pagamento prescelta è pari a:

- **12** in caso di periodicità mensile
- **2** in caso di periodicità semestrale
- **4** in caso di periodicità trimestrale
- **1** in caso di quella annuale.
- **in misura non inferiore ai seguenti importi**, in funzione della periodicità prescelta:
 - **Euro 75** in caso di periodicità mensile
 - **Euro 450** in caso di periodicità semestrale
 - **Euro 225** in caso di periodicità trimestrale
 - **Euro 900** in caso di quella annuale.
- **non oltre l'anno assicurativo in cui avviene di decesso** dell'Assicurato.

REGOLARITÀ DEL VERSAMENTO

i premi unici ricorrenti devono essere corrisposti **con regolarità e per tutta la durata del contratto** affinché restino valide:

- le eventuali **prestazioni aggiuntive**
- l'eventuale **diritto di riconoscimento dei bonus di fedeltà**.

Il premio unico ricorrente si intende corrisposto con regolarità se e solo se - indipendentemente dalla periodicità e dalla modalità di pagamento prescelte - il versamento viene effettuato non oltre il 60° giorno dalla data di ricorrenza in cui sarebbe dovuto essere corrisposto.

INDICIZZAZIONE DEL PREMIO UNICO RICORRENTE

il Contraente può richiedere all'Impresa di indicizzare il premio unico ricorrente di una percentuale da scegliere tra: 1%, 2%, 3% 4% o 5%.

Di conseguenza, in caso di tale scelta, ad ogni data di ricorrenza annua del contratto, il premio unico ricorrente viene automaticamente rivalutato della percentuale prescelta.

Resta valido che il Contraente può decidere di non indicizzare il premio ricorrente.

Tale facoltà **può essere attivata** dal Contraente:

- alla data di sottoscrizione del contratto
- almeno 3 mesi prima la data di ricorrenza annua del contratto, a partire dalla quale si intende attivare l'indicizzazione del premio unico ricorrente.

Tale facoltà **può essere revocata** dal Contraente:

- almeno 3 mesi prima la data di ricorrenza annua del contratto, a partire dalla quale si intende interrompere l'indicizzazione del premio unico ricorrente.

In entrambi i casi di attivazione o di revoca è necessario inviare all'Impresa, anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto, una comunicazione scritta.

VARIAZIONE DELLA PERIODICITÀ DI PAGAMENTO, SOSPENSIONE E RIPRESA DEI VERSAMENTI

il Contraente ha sempre la possibilità di richiedere all'Impresa, anche per il tramite dell'Intermediario, cui è assegnato il contratto, la propria decisione di:

- **variare la periodicità di pagamento:** è sufficiente che la comunicazione venga fatta almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto; ovviamente devono essere rispettati gli importi minimi previsti dal contratto
- **sospendere** in qualsiasi momento il versamento (in questo caso la sospensione può avvenire anche senza esplicita comunicazione all'Impresa); se non vengono rispettati i termini di regolarità del pagamento entro i 60 giorni, a partire dalla data di ricorrenza in cui non è stato corrisposto il premio **vengono a cessare:**
 - **le eventuali prestazioni aggiuntive**
 - **l'eventuale diritto di riconoscimento dei bonus di fedeltà**
- **riprendere** in qualsiasi momento il versamento: in ogni caso, se non vengono rispettati i termini di regolarità del pagamento entro i 60 giorni **non vengono in alcun modo ripristinate:**
 - **le eventuali prestazioni aggiuntive**
 - **l'eventuale diritto di riconoscimento dei bonus di fedeltà.**

MODIFICA DELL'IMPORTO DEI VERSAMENTI

il Contraente ha sempre la possibilità di richiedere all'Impresa, anche per il tramite dell'Intermediario, cui è assegnato il contratto, la propria decisione di:

- **diminuire l'importo del premio unico ricorrente inizialmente stabilito**, senza alcuna spesa, alle condizioni di seguito dettagliate:
 - è sufficiente che la comunicazione venga fatta almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto; ovviamente devono essere rispettati gli importi minimi previsti dal contratto
 - una volta avvenuta la diminuzione, le eventuali **prestazioni aggiuntive restano valide** e invariate, mentre **non vengono più riconosciuti** gli eventuali **successivi bonus di fedeltà**
- **incrementare l'importo del premio unico ricorrente inizialmente stabilito**, senza alcuna spesa, alle condizioni di seguito dettagliate:
 - è sufficiente che la comunicazione venga fatta almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto; ovviamente devono essere rispettati gli importi minimi previsti dal contratto
 - tale incremento è da riferirsi alla sola prestazione caso vita comprensiva della controassicurazione
 - avvenuto l'incremento, le eventuali **prestazioni aggiuntive restano valide** e invariate e **continuano ad essere riconosciuti** e restano invariati - rispetto a quanto stabilito in fase di sottoscrizione del contratto - gli eventuali **successivi bonus di fedeltà**

CONTRATTO SOTTOSCRITTO PER OPERAZIONI DI REINVESTIMENTO

nel solo caso in cui il presente contratto sia sottoscritto per operazioni di reinvestimento, il premio unico ricorrente deve essere corrisposto - alla data di perfezionamento del contratto - esclusivamente con **periodicità annuale**. Per le ricorrenze successive il Contraente può richiedere una diversa periodicità. Ad eccezione di quanto qui indicato, tutte le altre caratteristiche sono comuni al caso in cui il contratto sia sottoscritto a sé stante.

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

fin dal giorno successivo della data di perfezionamento del contratto il Contraente può decidere di corrispondere dei **versamenti aggiuntivi**.

Ciascun versamento:

- **si riferisce integralmente alla sola prestazione base**
- **non concorre** in alcun modo all'eventuale diritto di riconoscimento **dei bonus di fedeltà**
- non deve risultare **inferiore a Euro 150**.

L'Impresa, a seguito di ogni richiesta, si riserva il diritto di accettare o meno tali versamenti.

COSTI DA APPLICARE AI VERSAMENTI

il contratto prevede i seguenti caricamenti percentuali, che variano al variare della durata residua, in anni interi, del contratto - così come illustrato nella tabella che segue.

Questi caricamenti % sono parte degli elementi che costituiscono i coefficienti della tabella dell'Allegato 2 e vengono prelevati:

- al premio unico ricorrente, al netto della quota parte afferente alle prestazioni aggiuntive
- al versamento aggiuntivo

tabella 2.

DURATA RESIDUA	%	DURATA RESIDUA	%	DURATA RESIDUA	%
1	4,20%	8	9,10%	15	11,25%
2	4,90%	9	9,80%	16	11,40%
3	5,60%	10	10,50%	17	11,55%
4	6,30%	11	10,65%	18	11,70%
5	7,00%	12	10,80%	19	11,85%
6	7,70%	13	10,95%	20	12,00%
7	8,40%	14	11,10%		

Ulteriore costo da applicare a ciascun versamento è dato dall'eventuale **caricamento % per le prestazioni aggiuntive**, pari al 15% della quota parte del premio afferente ad entrambe le prestazioni, da prelevare a questa quota parte del premio.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

ciascun versamento viene corrisposto dal Contraente all'Impresa tramite una delle modalità di seguito indicate, a condizione che siano intestate all'Impresa, ovvero all'Intermediario espressamente in tale qualità:

- **alla data di perfezionamento o in caso di versamento aggiuntivo:**
 - assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità
 - ordine di bonifico
 - altro mezzo di pagamento bancario o postale
 - sistema di pagamento elettronico
- **alle successive date di ricorrenza del contratto:**
 - se scelta la periodicità **semestrale, trimestrale o mensile**: il **solo addebito diretto SEPA** sul conto corrente del Contraente - SDD
 - se scelta la periodicità **annuale**: **è possibile scegliere** o una delle modalità previste alla data di perfezionamento o l'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 devono essere corrisposti all'Intermediario di riferimento. 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.

L'Impresa, attraverso l'utilizzo dell' **area riservata internet dispositiva (Home Insurance dispositiva) e dell'app SaraConMe**, offre al Contraente la facoltà di effettuare il pagamento dei **premi successivi a quello di perfezionamento e i versamenti aggiuntivi** direttamente nella propria **area riservata**.

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.

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

PARTE IV - INIZIO E TERMINE DEL CONTRATTO, DURATA

Art. 9 - Entrata in vigore e conclusione del contratto

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

- la sottoscrizione della proposta/polizza da parte del Contraente
- il pagamento del premio unico ricorrente.

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

Qualora sul documento di proposta/polizza fosse indicata una data di decorrenza - data a partire della quale in contratto è pienamente valido - successiva al giorno di perfezionamento e 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 conclusione e la data di decorrenza del contratto, l'Impresa restituisce al Contraente l'importo corrisposto dietro consegna del:

- certificato di morte
- documento che attesti l'invalidità.

Per i versamenti aggiuntivi aventi scadenza diversa rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto - data di ricorrenza annua - ai fini del calcolo delle corrispondenti singole prestazioni e della loro rivalutazione annua, la data di decorrenza di tali versamenti è fissata alla ricorrenza di mese precedente o coincidente la data del versamento.

ESEMPIO: COME SI INDIVIDUA LA DATA DI DECORRENZA

si **ipotizzi** che il Contraente sottoscriva la proposta/polizza il 1° giugno 2020 e versi il premio unico ricorrente il 5 giugno 2020; di conseguenza il contratto si intende concluso il 5 giugno ed entra in vigore alle ore 24 di questa data. Qualora in proposta/polizza fosse indicata una data di decorrenza successiva al 5 giugno, ad esempio 10 giugno, il contratto entra in vigore alla data di decorrenza del 10 giugno.

In ogni caso la data di decorrenza è quella indicata nella proposta/polizza.

Art. 10 - Durata

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

Il contratto prevede 3 durate fisse - pari a 10, 15 e 20 anni

Il contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso
- richiesta di riscatto totale
- decesso dell'Assicurato in corso di contratto
- scadenza del contratto

Art. 11 - Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di conclusione dello stesso, così come definita all'Art.9, dandone comunicazione all'Impresa con lettera raccomandata A/R - indirizzata a **Sara Vita Spa** - Via Po 20, 00198 Roma - dove devono essere indicati gli elementi identificativi del contratto.

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 ai versamenti da questi corrisposti, al netto della componente riferita al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, relativamente al rischio corso.

PARTE IV - ESCLUSIONI, ASSUNZIONE DEL RISCHIO, DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI

Art. 12 - Esclusioni e assunzione del rischio

ESCLUSIONI

questa sezione si riferisce sia alla prestazione base che alle prestazioni aggiuntive.

Nello specifico, nel caso in cui sia stata scelta l'Assicurazione per la prestazione invalidità, le seguenti esclusioni fanno riferimento anche all'invalidità, così come descritto nelle Condizioni di Assicurazione per la prestazione invalidità presente nella sezione B - Capitolo 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Il rischio di morte o invalidità dell'Assicurato è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali.

È **escluso dalla garanzia** il decesso o l'invalidità causati 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**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore 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 afferente alla prestazione potenziata caso morte, calcolata alla data del decesso dell'Assicurato.

Infine, relativamente alla prestazione invalidità, questa viene a cessare.

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI SANITARIE/PROFESSIONALI/SPORTIVE DELL'ASSICURATO

l'Impresa, per il presente contratto, non prevede alcun accertamento:

- delle condizioni di salute dell'Assicurato, né attraverso visita di un medico fiduciario dell'Impresa, ovvero di famiglia, né attraverso la sottoscrizione di un questionario medico
- delle attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato.

È sufficiente che l'Assicurato sottoscriva nella proposta/polizza, parte integrante della documentazione precontrattuale, una dichiarazione relativa al:

- buono stato di salute
- non esercitare professioni considerate a rischio
- non praticare attività sportive (amatoriali e professionali) considerate a rischio.

Le prestazioni aggiuntive, infatti, sono valide esclusivamente per le persone fisiche che al momento della sottoscrizione della proposta/polizza possano dichiarare di:

- non soffrire e non aver mai sofferto di malattie gravi o comunque significative
- non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori o ospedali per malattie gravi o comunque significative
- non aver subito interventi chirurgici significativi
- 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
- non praticare nessuna delle attività sportive considerate a rischio
- non intraprendere viaggi in paesi extraeuropei di durata superiore a 6 mesi.

L'elenco delle malattie gravi o comunque significative, degli interventi chirurgici definiti come significativi, delle attività professionali e sportive considerate a rischio, è dettagliatamente riportato all'Allegato 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Si precisa che le attività professionali non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa.

Art. 13 Limitazione della copertura di rischio - carenza

Relativamente alle prestazioni aggiuntive, qualora il decesso o l'invalidità dell'Assicurato - per l'invalidità si rimanda a quanto indicato all'Allegato 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione - avvenga entro i primi 6 mesi dall'entrata in vigore del contratto e lo stesso risulti in regola con il piano di versamento programmato, l'Impresa corrisponde - in luogo della prestazione potenziata caso morte prevista - un importo pari alla somma delle quote parti dei premi unici ricorrenti corrisposti, afferenti a tale prestazione.

Relativamente alla prestazione invalidità, questa viene a cessare.

L'Impresa non applica, entro i primi 6 mesi dall'entrata in vigore del contratto, la limitazione sopraindicata - Pertanto, quanto da essa dovuto è pari alla prestazione potenziata caso morte, ovvero resta pienamente attiva la prestazione invalidità - qualora il decesso o l'invalidità siano 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 al precedente Art.12) 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 o l'invalidità 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, vale quanto segue:
- la prestazione potenziata caso morte non viene corrisposta e in suo luogo, qualora il contratto risulti in regola con il piano di versamento programmato, l'Impresa corrisponde un importo pari alla somma delle quote parti dei premi unici ricorrenti corrisposti afferenti alla prestazione
- la prestazione invalidità viene a cessare.

Art. 14 Limite della prestazione potenziata caso morte

Relativamente alla prestazione potenziata caso morte determinata eventualmente alla data di emissione del contratto, di cui al precedente Art.4, questa deve risultare:

- non superiore a **Euro 100.000** nei casi in cui l'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza del contratto, risulti non superiore a 65 anni
- non superiore a **Euro 50.000** nei casi in cui l'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza del contratto, risulti superiore a 65 anni e non superiore a 70 anni.

Nel caso in cui le variabili che determinano la prestazione - premio unico ricorrente, valore corrispondente alla periodicità di pagamento e durata - siano tali da far superare questi limiti, questa viene posta pari a Euro 100.000 o Euro 50.000, a seconda dei limiti di età dell'Assicurato sopra illustrati.

Per una corretta definizione dell'età dell'Assicurato si rimanda al successivo Art.7.

Art. 15 Rischio comune

Relativamente alle prestazioni aggiuntive, entrambe non sono assumibili nel caso in cui l'Assicurato risulti essere, con Sara Vita Spa, Assicurato di altri contratti attivi quali Assicurazioni Temporanee Caso Morte e/o in forma di Mista, tali per cui l'importo massimo di capitale caso morte complessivo, comprensivo dunque dell'importo riferito alla controassicurazione e della prestazione potenziata caso morte, risulti superiore a Euro 300.000.

Art. 16 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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.

Infatti, 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:

tabella 3.

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 dell'inesatta dichiarazione e della reticenza non riconoscimento di alcuna prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, o di una sua eventuale invalidità (*) in corso di contratto
caso in cui non sia stato accertato il dolo o la colpa grave	rescissione dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui si è avuta conoscenza dell'inesatta dichiarazione e della reticenza riduzione della prestazione in relazione al maggior rischio , in caso di decesso dell'Assicurato, o di sua eventuale invalidità (*) in corso di contratto

(*) se e solo se sia stata sottoscritta e sia valida la prestazione invalidità

In ogni caso, **anche l'inesatta indicazione dell'età** dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi annui o della prestazione.

Art. 17 - Comunicazioni e documentazione rilasciata dall'Impresa

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 mediante lettera raccomandata A/R - anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto - ogni cambiamento di professione e/o attività sportive dell'Assicurato, intervenute in corso di contratto, che ne modifichino il rischio.

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 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 all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALL'IMPRESA AL CONTRAENTE: MODULO DI PROPOSTA/POLIZZA E QUIETANZA

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

- il **modulo di proposta/polizza**, consegnato - a fronte del versamento del primo premio unico ricorrente (a seconda della periodicità scelta) - al momento della sottoscrizione del contratto. In esso sono indicati, tra gli altri, il numero di polizza, i dati del Contraente, il capitale assicurato iniziale, la data di decorrenza del contratto e le date di ricorrenza annua nelle quali si riconoscono i bonus di fedeltà con i rispettivi importi
- **quietanza**: consegnata - a fronte del versamento di ciascun premio unico ricorrente successivo - nel solo caso in cui la modalità di pagamento prescelta dal Contraente sia diversa dall'addebito diretto SEPA su

conto corrente del Contraente - SDD. In essa viene indicato, tra l'altro, il capitale assicurato corrispondente a ciascun versamento effettuato e l'indicazione della data di decorrenza del versamento

- **certificato di assicurazione/conferma di versamento:** consegnato - a fronte di ogni eventuale versamento aggiuntivo - al momento del versamento stesso e ne attesta l'operazione; in esso è indicata la data di decorrenza del versamento.

Tutti questi documenti risultano essere parte integrante del contratto.

DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALL'IMPRESA AL CONTRAENTE: DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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:

- i premi unici ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi investiti nella Gestione Separata
- l'ammontare complessivo della quota parte dei premi detraibili, relativamente alla parte afferente alla controassicurazione
- il capitale assicurato rivalutato
- la misura annua di rivalutazione
- l'informativa sui riscatti parziali eventualmente effettuati nel periodo considerato.

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 almeno le seguenti operazioni:

- pagamento dei premi unici ricorrenti successivi e degli eventuali versamenti aggiuntivi
- richiesta di modifica dei propri dati personali
- richiesta di riscatto.

L'area riservata permette di consultare anche le seguenti informazioni e documenti:

- coperture assicurative in essere
- condizioni contrattuali sottoscritte
- stato dei pagamenti
- valore di riscatto del contratto
- nominativo/i e relativi dati anagrafici, codice fiscale e/o partita IVA italiani o esteri, recapiti, anche di posta elettronica, dei Beneficiari,

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 - INVESTIMENTO: GESTIONE SEPARATA

Art. 18 - Determinazione del capitale assicurato iniziale

Il **capitale assicurato iniziale** si ottiene investendo nella Gestione Separata ciascun versamento - premi unici ricorrenti ed eventuali versamenti aggiuntivi.

Più in dettaglio, per determinare il capitale assicurato iniziale riferito a ciascun versamento si applica al versamento stesso un **coefficiente** funzione della durata e dell'età dell'Assicurato.

Si rimanda alla tabella presente nell'Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione dove sono elencati i vari coefficienti.

Il capitale assicurato iniziale complessivo - ottenuto come somma dei singoli capitali assicurati iniziali calcolati a fronte di ciascun versamento - costituisce il **valore minimo della prestazione garantita** dall'Impresa.

Tale capitale costituisce il valore minimo anche per il calcolo dell'eventuale liquidazione per riscatto totale. Nel caso in cui ci fossero liquidazioni per riscatti parziali in corso di contratto tale capitale deve essere riproporzionato sulla base di quanto già liquidato.

Art. 19 - Clausola di Rivalutazione

Ad ogni data di ricorrenza annua del contratto il capitale assicurato viene rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella presente Clausola di Rivalutazione.

A tal fine l'Impresa gestisce - secondo quanto previsto dal Regolamento della Gestione Separata, di cui alla Parte VIII - attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) MISURA ANNUA DI RIVALUTAZIONE

L'Impresa determina il **tasso medio di rendimento**, calcolato ai sensi del punto 3. del Regolamento.

La **misura annua di rivalutazione** da attribuire annualmente al contratto è funzione del tasso medio di rendimento realizzato dalla Gestione Separata.

Il tasso medio di rendimento da prendere in considerazione per il calcolo della misura annua di rivalutazione è quello calcolato con riferimento ai 12 mesi precedenti il 3° mese, a sua volta precedente la data di ricorrenza annua del contratto.

Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, sulla base degli attuali livelli di tassi di rendimento, la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto risulta essere pari alla differenza, **se positiva**, tra:

- il tasso medio di rendimento
- il rendimento trattenuto dall'Impresa, pari all'**1,3%**, per il quale si rimanda al successivo Art. 20.

Nel caso in cui il tasso medio di rendimento risultasse pari o inferiore al rendimento trattenuto dall'Impresa, la misura annua di rivalutazione sarebbe pari allo 0%.

Solo nel caso in cui il tasso medio di rendimento risultasse pari o superiore al 6,5% la misura annua di rivalutazione si otterrebbe applicando al tasso medio di rendimento una percentuale, definita aliquota di retrocessione, dell'80%.

La misura annua di rivalutazione minima garantita riconosciuta al contratto è pari allo 0%.

ESEMPIO: COME SI DETERMINA LA MISURA ANNUA DI RIVALUTAZIONE

si **ipotizzi** quanto segue:

- tasso medio di rendimento del 2,5% la **misura annua di rivalutazione** è pari a: $(2,5\% - 1,3\%) = 1,2\%$
- tasso medio di rendimento dell'1% \Rightarrow la **misura annua di rivalutazione** è pari a: $(1\% - 1\%) = 0\%$
- tasso medio di rendimento del 7% \Rightarrow la **misura annua di rivalutazione** è pari a: $(7\% * 80\%) = 5,6\%$

B) RIVALUTAZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO

ad ogni data di ricorrenza annua il contratto viene rivalutato mediante aumento, a totale carico dell'Impresa, della riserva matematica costituitasi a tale epoca.

Tale aumento viene determinato in funzione della misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

La modalità di rivalutazione è la seguente:

- al **capitale assicurato iniziale** riferito a ciascun versamento corrisposto alla ricorrenza annua del contratto viene applicata interamente la misura annua di rivalutazione alla prima data di rivalutazione annua del contratto
- al **capitale assicurato iniziale** riferito a ciascun eventuale versamento aggiuntivo ovvero premio unico ricorrente con periodicità diversa da quella annuale ed effettuati nel corso di ciascun anno assicurativo viene applicato il pro-rata della misura annua di rivalutazione calcolato in base al numero di giorni trascorsi tra:
 - la data coincidente o successiva tra quella di versamento e quella di decorrenza del versamento stesso
 - e
 - la data di ricorrenza annua immediatamente successiva.
- al **capitale assicurato rivalutato in essere** viene applicata interamente la misura annua di rivalutazione.

Viene garantito il consolidamento delle rivalutazioni annue, poiché queste, una volta accreditate al contratto, restano definitivamente acquisite; di conseguenza, negli anni successivi, il capitale assicurato non può mai diminuire, tranne nei casi in cui vengano effettuate delle liquidazioni per riscatto parziale.

Gli aumenti del capitale assicurato sono comunicati annualmente al Contraente entro 60 giorni dalla data di ricorrenza annua del contratto.

Art. 20 - Commissione di gestione da applicare alla Gestione Separata

Annualmente l'Impresa trattiene dal tasso medio di rendimento una commissione di gestione definita rendimento trattenuto pari all'**1,3%** (modalità di determinazione della commissione al momento della redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, dati gli attuali livelli di tassi di rendimento).

Nel caso in cui il tasso medio di rendimento risultasse pari o inferiore al rendimento trattenuto dall'Impresa, il rendimento trattenuto sarà pari al tasso medio di rendimento (dunque l'Impresa trattiene totalmente il tasso medio di rendimento).

Solo nel caso in cui il tasso medio di rendimento risultasse pari o superiore al 6,5% il rendimento trattenuto sarà pari al 20% del tasso medio di rendimento (complemento a 100% dell'aliquota di retrocessione del 80%).

ESEMPIO: COME SI DETERMINA IL RENDIMENTO TRATTENUTO

si ipotizzi quanto segue:

- tasso medio di rendimento del 2,5% \Rightarrow il **rendimento trattenuto** è pari a: **1,3%**
- tasso medio di rendimento dell'1% \Rightarrow il **rendimento trattenuto** è pari a: **1%**
- tasso medio di rendimento del 7% \Rightarrow il **rendimento trattenuto** è pari a: $(7% * 20%) =$ **1,4%**

PARTE VI - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIPRESA PAGAMENTO, RISCATTO

Art. 21 Mancato pagamento del premio

Il Contraente ha la facoltà, in corso di contratto, di interrompere il pagamento dei premi unici ricorrenti; in tal caso vale quanto segue:

- decade il diritto ai successivi bonus di fedeltà
- decadono le prestazioni aggiuntive
- rimane in ogni caso valida e invariata la prestazione base
- rimane attiva la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi.

In ogni caso il Contraente ha la facoltà, in corso di contratto, di riprendere il pagamento dei premi unici ricorrenti se e solo se egli riprende il pagamento:

- entro e non oltre 60 giorni dalla data di ricorrenza in cui non si è corrisposto il premio: continuano ad essere valide sia le prestazioni aggiuntive che il diritto ai successivi bonus di fedeltà
- trascorsi 60 giorni dalla data di ricorrenza in cui non si è corrisposto il premio: decadono sia le prestazioni aggiuntive che il diritto ai successivi bonus di fedeltà.

È possibile richiedere di riprendere il pagamento dei premi anche direttamente nella propria **area riservata**.

Art. 22 Riscatto

Su esplicita richiesta del Contraente il contratto può essere riscattato - in misura totale o parziale - a condizione che **siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data di decorrenza del contratto**.

Il valore di riscatto si ottiene scontando - per il numero di giorni che intercorrono tra la data di richiesta di liquidazione per riscatto e la data di scadenza del contratto - il capitale assicurato definito alla data di richiesta, al tasso annuo di sconto, di seguito definiti.

Per capitale assicurato definito alla data della richiesta si intende il capitale rivalutato alla data di ricorrenza annua precedente tale data di richiesta, a cui vengono sommati gli eventuali capitali assicurati relativi ai versamenti corrisposti dalla medesima data di ricorrenza annua alla data di richiesta e vengono riproporzionati gli eventuali importi relativi alle liquidazioni effettuate nel medesimo periodo a seguito di richieste di riscatto parziale.

Per **tasso annuo di sconto** stabilito dall'Impresa si intende il valore pari **all'1%**.

La liquidazione del riscatto totale determina la cessazione di tutte le prestazioni previste dal contratto.

Il Contraente può chiedere il riscatto del contratto anche in misura parziale, in tal caso il contratto rimane in vigore per un capitale assicurato residuo, liquidabile alla scadenza del contratto, ottenuto applicando al capitale assicurato calcolato alla data della richiesta, come sopra definito, un coefficiente ottenuto rapportando l'importo del valore del riscatto parziale da effettuare e il valore del riscatto totale maturato alla data di richiesta.

Della medesima proporzione viene ridotto anche l'importo da liquidare come prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale residua.

Il valore del riscatto parziale non deve risultare inferiore ad **Euro 1.000**.

Qualora il capitale residuo risulti inferiore a **Euro 2.500**, si procede al riscatto totale del contratto.

L'importo del capitale residuo viene comunicato al momento della liquidazione a seguito di richiesta di riscatto parziale.

Successivamente alla liquidazione del riscatto parziale, il Contraente può continuare a corrispondere i versamenti, ma decade il diritto al riconoscimento degli eventuali successivi bonus di fedeltà illustrato al precedente Art.5.

Se, successivamente al riconoscimento dell'invalidità totale e permanente, il Contraente chiede la liquidazione per riscatto totale il capitale assicurato sopra definito viene determinato come somma tra i seguenti importi:

- capitale assicurato afferente ai versamenti effettuati dal Contraente in corso di contratto, rivalutato fino alla data di ricorrenza annua precedente la data di richiesta di liquidazione per riscatto
- un importo ottenuto come somma dei premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva la data di denuncia dello stato di invalidità, fino alla data di richiesta di liquidazione per riscatto, riconosciuti dall'Impresa - salvo quanto indicato all'Art.8 dell'Allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

Anche in questo caso il valore di riscatto si ottiene scontando - per il numero di giorni che intercorrono tra la data di richiesta di liquidazione per riscatto e la data di scadenza del contratto - il capitale sopra definito, al tasso annuo di sconto dell'1%.

Successivamente al riconoscimento dell'invalidità totale e permanente non è più possibile richiedere il riscatto parziale.

PARTE VII - ASPETTI NORMATIVI

Art. 23 Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

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. 24 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.

In caso di decesso dell'Assicurato 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 del Beneficiario. Tale designazione non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e il Beneficiario 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, il Beneficiario abbia 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 del

Beneficiario.

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/polizza 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. 25 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 del Contraente: può essere consegnato fin dal momento della sottoscrizione del contratto
- 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 rappresentante a riscuotere la prestazione
- richiesta sottoscritta dall'avente diritto nella quale devono essere indicati - per poter effettuare il bonifico - il codice IBAN e l'intestatario del conto corrente. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario
- scheda antiriciclaggio. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario
- modulo di autocertificazione FACTA-CRS compilato e sottoscritto dai Beneficiari. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario

IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO (SINISTRO)

- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della sua data di nascita)
- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dall'Impresa
- 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
- copia autentica del testamento ovvero atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attestante la mancanza
- se tra i Beneficiari ci sono gli eredi legittimi: atto notorio - o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - dal quale risulti l'identità degli eredi legittimi

IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO A SCADENZA

- dichiarazione del Beneficiario designato in merito all'esistenza in vita dell'Assicurato alla data della richiesta di liquidazione, se persona diversa dall'Assicurato

IN CASO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

- dichiarazione del Contraente in merito all'esistenza in vita dell'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, alla data della richiesta di liquidazione

IN CASO RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ

- documentazione che attesti l'invalidità

IN CASO RICHIESTA DI OPZIONE IN RENDITA

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, ad ogni data di scadenza di rata di rendita.

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.**

Per data di ricevimento della richiesta, corredata dalla documentazione, si intende la data il 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. 26 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. 27 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.

PARTE VIII - REGOLAMENTO: GESTIONE SEPARATA

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA FONDO PIÙ

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività di Sara Vita Spa (di seguito *Impresa*), che viene contraddistinta con il nome **FONDO PIÙ** (di seguito *Gestione Separata*).

La valuta di denominazione della *Gestione Separata* è l'Euro.

Ai fini della redazione del Rendiconto riepilogativo della *Gestione Separata*, di cui all'All.A) del Regolamento ISVAP 38 del 3 giugno 2011 e successive modificazioni, l'*Impresa* individua come periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento quello che va dal 1° gennaio al 31 dicembre.

L'*Impresa*, ogni mese, determina ed utilizza un tasso medio di rendimento il cui periodo di osservazione è ottenuto traslando, di mese in mese, il periodo di osservazione individuato per la redazione del Rendiconto riepilogativo.

Nelle Condizioni di Assicurazione dei prodotti collegati alla presente *Gestione Separata* viene indicato l'effettivo periodo di osservazione rilevante ai fini della rivalutazione.

Relativamente agli obiettivi e alle politiche di investimento, si precisa:

- i. la *Gestione Separata* investe prevalentemente in titoli Governativi e Sovranazionali, titoli emessi o garantiti da Stati e/o da Agenzie Governative, titoli obbligazionari di emittenti nazionali ed esteri con elevato rating (*investment grade*) emessi da emittenti di Paesi membri dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE ed, in minor misura, in titoli azionari quotati su mercati regolamentati, in quote di OICR, in investimenti diretti in immobili ed in liquidità e strumenti monetari. L'investimento residuale in titoli azionari viene realizzato attraverso OICR armonizzati e non, titoli di Società italiane e straniere, quotati in mercati ufficiali, regolarmente riconosciuti anche diversi dall'area Euro. Nel complesso l'investimento viene fatto in strumenti finanziari appartenenti a mercati regolamentati, regolarmente riconosciuti e regolarmente funzionanti. Lo stile di gestione adottato individua i titoli guardando agli aspetti di solidità dell'emittente e privilegiando la stabilità del flusso cedolare nel tempo. La gestione adotta uno stile di investimento caratterizzato dal contenimento dei rischi finanziari, anche attraverso un'attenta diversificazione del portafoglio e una durata finanziaria dello stesso coerente con la durata degli impegni
- ii. qualora l'*Impresa* ritenesse opportuno inserire nella *Gestione Separata* strumenti o altri attivi gestiti da soggetti appartenenti al Gruppo SARA il peso percentuale degli stessi rispetto al totale sarà mantenuto ad un livello inferiore al 10%
- iii. l'*Impresa* non esclude l'eventuale utilizzo di strumenti finanziari di tipo derivato o assimilabile a scopo non speculativo, con l'esclusiva finalità di ridurre il rischio di investimento o conseguire una gestione efficace del portafoglio secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle reverse tecniche.

Per tutti gli investimenti in valute diverse dall'Euro l'*Impresa* mette in atto tutte le azioni necessarie alla copertura del rischio divisa.

Alla *Gestione Separata* affluiscono le attività relative ai contratti di assicurazione sulla vita a prestazioni rivalutabili.

Il segmento di clientela a cui è dedicata la *Gestione Separata* può essere individuato in tutti gli investitori e risparmiatori che intendano investire nelle attività relative ai contratti di cui sopra.

Il valore delle attività della *Gestione Separata* non può essere inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite dall'*Impresa* per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla *Gestione* stessa.

La gestione è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con il Regolamento ISVAP n.38 del 3 giugno 2011 e successive modificazioni, e si attiene ad eventuali successive disposizioni.

Il presente Regolamento può subire modifiche derivanti dall'adeguamento dello stesso:

- alla normativa primaria (legislazione italiana e comunitaria) e secondaria (Regolamenti IVASS) vigente
- a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tal caso, di quelle modifiche meno favorevoli per il Contraente e l'Assicurato.

In ogni caso, tali modifiche saranno tempestivamente comunicate al Contraente. Inoltre, l'Impresa si riserva di apportare, al successivo punto 3., le eventuali modifiche che dovessero rendersi necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.

Sulla Gestione Separata gravano unicamente le spese:

- relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla Società di Revisione
- effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione Separata.

Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

Il rendimento della Gestione Separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'Impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

2. La Gestione Separata è sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui all'art.161 del D.Lgs. n.58 del 24 febbraio 1998 e successive modificazioni, la quale ne attesta la rispondenza al presente Regolamento.
3. Il tasso medio di rendimento della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione di cui al punto 1. è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata alla giacenza media delle attività della Gestione stessa.

Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla Gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'Impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della Gestione Separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vengono prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile e al lordo delle ritenute di acconto fiscale.

Gli utili e le perdite da realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione Separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.

La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione Separata.

Ai fini della determinazione del tasso medio di rendimento della Gestione Separata l'esercizio relativo alla certificazione è quello indicato al precedente punto 1.

Distintamente per ciascun contratto collegato alla Gestione Separata, la modalità di determinazione della rivalutazione annuale viene descritta nella Clausola di Rivalutazione, parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

4. Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione di ciascun contratto di assicurazione sulla vita a prestazione rivalutabile, collegato alla Gestione Separata.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: ELENCO DELLE MALATTIE GRAVI O SIGNIFICATIVE, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI SIGNIFICATIVI, DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI E/O SPORTIVE CONSIDERATE A RISCHIO

PROFILO SANITARIO

Per malattie gravi o comunque significative s'intendono:

- **Displasie**
- **Leucemie**
- **Linfomi**
- **Mielomi**
- **Neoplasie maligne di qualsiasi tipo**
- **Lesioni precancerose**
- **Malattie della pelle:** pemfigo, micosi fungoide, psoriasi
- **Malattie immunopatologiche:** immunodeficienze primitive e/o acquisite (HIV), lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpore, sclerodermia, artrite reumatoide, connettiviti sistemiche e vasculiti
- **Malattie delle ossa e delle articolazioni:** artrosi severa deformante, morbo di Pott, morbo di Sudeck, osteomielite
- **Malattie dismetaboliche:** diabete tipo II, diabete tipo I insorto da oltre 5 anni, glicogenosi, lipoidosi, emocromatosi, colesterolemia superiore a 250 mg, trigliceridemia superiore a 240 mg, grave obesità, sindrome dismetabolica consistente nell'associazione di obesità, ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa
- **Malattie dell'apparato respiratorio:** insufficienza respiratoria di grado moderato o superiore, bronchite cronica con enfisema, asma bronchiale e/o allergico in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, malattia fibrocistica, sarcoidosi, mucoviscidosi, pneumotorace spontaneo, asportazione di polmone o parte di esso, ipertensione polmonare
- **Malattie dell'apparato cardiovascolare:** ipertensione arteriosa con valori superiori a 140/90 (nonostante trattamento), fibrillazione atriale permanente, tachicardia parossistica ventricolare, blocco atrio/ventricolare di qualsiasi tipo, blocco completo di branca sx, endo-mio-pericardite, cardiopatia ischemica e/o dilatativa, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza (anche se di grado moderato), arteriopatie sistemiche, aneurismi
- **Malattie dell'apparato digerente:** esofagite cronica da reflusso, rettocolite ulcerosa, epatopatia cronica HBV e/o HCV correlata, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica, fegato policistico, pancreatite cronica, malattia fibrocistica
- **Malattie dell'apparato uro-genitale:** insufficienza renale cronica (anche di grado lieve), malformazioni renali, ipertrofia prostatica
- **Malattie del sistema nervoso centrale e periferico:** vasculopatia cerebrale, aneurismi, ictus con o senza residue paralisi, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi a placche, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari di ogni tipo, epilessia parziale o generalizzata, morbo di Alzheimer o altre demenze, postumi di meningo/encefalite, malattie psichiatriche di qualsiasi tipo, Sindrome di Down
- **Malattie degli organi di senso:** cecità completa, emicecità, glaucoma, neurite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatie, qualunque sia la causa, riduzione severa dell'acuità visiva da qualsiasi causa, otomastoidite cronica complicata, malattia di Meniere, colesteatoma, sordità completa o insufficientemente corretta da protesi acustiche
- **Malattie delle ghiandole endocrine:** adenoma ipofisario di qualsiasi tipo, patologie tiroidee, iper o ipoparatiroidismo, affezioni surrenaliche
- **Malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici:** talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, piastrinosi semplice, trombocitopenia essenziale, gammopatia monoclonale, amiloidosi, ipersplenismo, malattie che abbiano comportato asportazione di milza, emofilie
- **Malattie rare e genetiche.**

Per interventi chirurgici significativi s'intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

PROFILO PROFESSIONALE - le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acrobata• Aeronautica militare• Agente di custodia• Agente/Piazzista/Rappresentante di commercio/industria che provvede alla consegna di prodotti pericolosi (esplosivi, corrosivi, infiammabili e tossici)• Attore/Artista esposto anche a rischi speciali• Autista di autocarri di oltre 35 quintali• Autista di autocarri e/o motocarri che trasporta esplosivi o merci pericolose, con o senza carico e scarico• Aviazione civile• Carabiniere• Chimico/Fisico occupato in fabbrica di esplosivi o nel campo dell'energia nucleare• Circo equestre• Collaudatore di auto e moto• Commerciante all'ingrosso, in articoli pericolosi (esplosivi, corrosivi, infiammabili e tossici)• Esercito• Guardia del corpo• Guardia doganale, portuale, di finanza e di pubblica sicurezza | <ul style="list-style-type: none">• Guardia municipale, giurata, notturna (anche armata)• Guida alpina• Marina mercantile• Marina militare• Operaio o altro personale a contatto con materiale esplosivo o venefico (compreso pesticida e amianto)• Operaio o altro personale addetto agli impianti per la produzione di energia nucleare• Operaio o altro personale occupato nell'industria petrolifera• Operaio di cementifici• Polizia• Professionista sportivo• Sommozzatore/Palombaro• Speleologo• Titolare o dipendente con lavoro manuale in cava e uso di esplosivi• Titolare o dipendente in cantieri edili con accesso alle impalcature• Titolare o dipendente in miniera con lavoro manuale• Vigile del fuoco. |
|---|--|

Si precisa che le attività professionali non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa.

PROFILO SPORTIVO - le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Alpinismo con scalate oltre il terzo grado effettuate isolatamente• Alpinismo con scalate isolate oltre il terzo grado effettuate non isolatamente• Arrampicata libera (free climbing)• Arti marziali (in genere)• Atletica pesante• Bob• Bungee jumping• Canoa fluviale• Football americano• Guida alpina• Guidoslitta• Hydrospeed• Immersioni subacquee non in apnea• Kayak• Kitesurf | <ul style="list-style-type: none">• Lotta (nelle sue varie forme)• Paracadutismo• Parapendio• Pilota o passeggero di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e relative prove• Pugilato dilettantistico• Rafting• Rugby• Salto dal trampolino con sci e idrosci• Sci acrobatico• Sci alpinismo• Sci estremo• Torrentismo• Snowboard acrobatico• Sport aerei (in genere)• Vela di altura. |
|---|--|

Si precisa che le attività sportive di tipo ricreativo e professionale non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa.

ALLEGATO 2 - PROSPETTO DEI COEFFICIENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO INIZIALE

Nella tabella che segue sono elencati i coefficienti da applicare a ciascun versamento - al netto della quota parte di premio unico ricorrente afferente alle prestazioni aggiuntive - per determinare il capitale assicurato iniziale corrispondente.

I coefficienti sono ottenuti in funzione della durata del contratto e dell'età dell'Assicurato.

Ad esempio, alla data di decorrenza del contratto - ipotesi: gennaio 2022 - nel caso si preveda:

- età dell'Assicurato: 45 anni (anni assicurativi - ipotizziamo nato a gennaio 1977)
- durata contrattuale prescelta: 10 anni
- premio unico ricorrente: Euro 5.000

il coefficiente da utilizzare è pari a 0,892299 e il corrispondente capitale assicurato è pari a Euro 5.000 x 0,892299 = Euro 4.461,50.

Nel caso in cui la periodicità prescelta dal Contraente sia quella annuale, alla prima data di ricorrenza annua - ipotesi: gennaio 2023 - il contratto prevede:

- età dell'Assicurato: 46 anni (anni assicurativi - ipotizziamo nato a gennaio 1977)
- durata contrattuale: 9 anni
- premio unico ricorrente, da corrispondere alla data di ricorrenza annua: Euro 5.000

il coefficiente da utilizzare è pari a 0,899637 corrispondente capitale assicurato è pari a Euro 5.000 x 0,899637 = Euro 4.498,18.

Alle successive date di ricorrenza annua, per individuare il coefficiente nella tabella, si procede nel medesimo modo descritto: incrementando di un'unità l'età dell'Assicurato e diminuendo di un anno la durata del contratto.

Il coefficiente viene utilizzato per l'intera annualità, anche nel caso in cui il versamento del premio unico ricorrente venga corrisposto con periodicità diversa dall'annuale - semestrale, trimestrale o mensile - ovvero nel caso di versamenti aggiuntivi.

ALLEGATO 3 - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA PRESTAZIONE INVALIDITÀ

Art. 1 - Oggetto

Se l'Assicurato, durante il periodo contrattuale - non oltre il compimento del 70° anno di età e a condizione che tale prestazione invalidità sia attiva e pienamente in vigore - diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto di seguito specificato, **l'Impresa riconosce alla scadenza del contratto un importo pari alla somma dei premi unici ricorrenti aventi ricorrenza successiva** alla data di denuncia dello stato di invalidità.

Art. 2 - Definizione di invalidità

Ai sensi e per gli effetti della presente prestazione Invalidità, si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenutagli 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 prestazione Invalidità non è operativa per i casi di invalidità conseguenti alle esclusioni di cui all'Art.12 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 dalla presente prestazione Invalidità, hanno l'obbligo:

- di rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dall'Impresa per l'accertamento dello stato di invalidità
- di 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
- di 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 dalla presente prestazione Invalidità 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 d'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 unici ricorrenti, altrimenti verranno applicate le disposizioni di cui all'Art.21 delle Condizioni di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata l'invalidità, o la persistenza di essa, viene invece restituito l'importo dei premi unici ricorrenti corrisposti 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 unici ricorrenti 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 unici ricorrenti, altrimenti diventano di nuovo applicabili le disposizioni di cui all'Art.21 delle Condizioni di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Art. 9 - Norme di coordinamento con le Condizioni di Assicurazione

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

Tale Assicurazione 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 Assicurazione a cui queste sono allegate.

Art. - 10 Limiti di età

È possibile scegliere tale prestazione 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 60 anni
- alla data di scadenza del contratto sia non superiore a 70 anni.

GLOSSARIO

Aliquota di retrocessione: la percentuale del rendimento medio annuo lordo conseguito dalla Gestione Separata, che l'Impresa riconosce al contratto. Per il presente contratto, solo nel caso in cui il rendimento medio annuo lordo risulti superiore al 5% viene riconosciuto l'80% del rendimento stesso

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza

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. Per il presente contratto coincide con il Contraente

Capitale assicurato: capitale determinato da quanto investito nella Gestione Separata FONDO PIÙ

Capitale rivalutato: capitale assicurato comprensivo delle rivalutazioni accreditate derivanti dalla Gestione Separata

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

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

Composizione della Gestione Separata: informazioni sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della Gestione Separata

Conclusione del contratto: momento in cui - dopo aver corrisposto il premio unico - viene emesso il contratto

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

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni nelle quali l'Impresa, l'Intermediario, un soggetto rilevante o qualsiasi soggetto da loro controllato, direttamente o indirettamente, abbiano un interesse nel risultato delle attività di distribuzione che soddisfi i criteri che seguono: a) sono distinte dall'interesse del Contraente o del potenziale Contraente nel risultato delle attività di distribuzione assicurativa; b) hanno una potenziale influenza sul risultato delle attività di distribuzione a svantaggio dei Contraenti

Consolidamento: meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (nel caso di specie, annualmente) e quindi la rivalutazione della prestazione, rimane definitivamente acquisito al contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire

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 unico all'Impresa. Per il presente contratto coincide con il Beneficiario

Contratto: contratto di assicurazione sulla vita con il quale l'Impresa si impegna a riconoscere al Beneficiario le prestazioni previste dal contratto quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Per il presente contratto l'evento è soltanto il decesso

Contratto rivalutabile: contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui il livello delle prestazioni ed eventualmente quello dei premi varia in base al rendimento che l'Impresa ottiene investendo i premi raccolti in una particolare Gestione finanziaria, separata rispetto al complesso delle attività dell'Impresa stessa. Per il presente contratto soltanto la prestazione varia, senza mai decrescere, in funzione del rendimento.

Controassicurazione dei premi: clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell'Assicurato, secondo le modalità precisate nelle Condizioni di Assicurazione

Costi: oneri a carico del Contraente gravanti su quanto o, nel caso previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dall'Impresa

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

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace

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

Documento unico di rendocontazione : riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto inviato al Contraente entro 60 giorni dalla data di ricorrenza del contratto, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto

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

Gestione Separata: gestione appositamente creata dall'Impresa e gestita separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluisce il versamento, al netto degli eventuali caricamenti, versato dal Contraente che ha sottoscritto un contratto di tipo rivalutabile. Dal rendimento ottenuto dalla Gestione Separata e dal meccanismo di rivalutazione previsto per ciascuna tipologia di prodotto deriva la rivalutazione da attribuire alla prestazione assicurativa

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

Imposta sostitutiva: imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano nel reddito imponibile e quindi non devono essere indicati nella dichiarazione dei redditi

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

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, ovvero al Contraente o vincolatario a seguito di richiesta di riscatto totale o parziale

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

Periodo di osservazione: periodo di riferimento in base al quale viene determinato il rendimento finanziario della Gestione Separata

Premio: importo da versare all'Impresa quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto, comprensivo di tutti i costi gravanti sul premio

Premio investito: è il premio versato al netto dei costi

Premorienza: 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 di uno degli eventi assicurati

Prestazione minima garantita: valore minimo della prestazione assicurativa sotto il quale la stessa non può scendere. Per il presente contratto questo valore rileva per la sola componente Rivalutabile

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

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

Regolamento della Gestione Separata: l'insieme delle norme, riportate nelle Condizioni di Assicurazione, che regolano la Gestione Separata

Rendiconto annuale della Gestione Separata: riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata

Rendimento finanziario: risultato finanziario realizzato dalla Gestione Separata nel periodo previsto dal Regolamento

Rendimento minimo trattenuto: quota parte del rendimento finanziario che l'Impresa può trattenere dal rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Separata

Riscatto totale: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore di riscatto maturato sul contratto al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione

Riscatto parziale: facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sul contratto alla data della richiesta

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

Rivalutazione: maggiorazione della prestazione assicurativa attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della Gestione Separata secondo la periodicità stabilita dalle Condizioni di Assicurazione. Per il presente contratto la periodicità è annuale

Rivalutazione minima garantita: garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione della prestazione assicurativa ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto in base alla misura annua di rivalutazione minima garantita prevista dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni assicurative

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, come ad esempio il decesso dell'Assicurato

Società di Revisione: Società, diversa dalla Società di Assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della Gestione Separata

Sostituto di imposta: soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento

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

Versamento aggiuntivo: importo che il Contraente - dietro esplicita richiesta all'Impresa e sua accettazione - può corrispondere in corso di validità del contratto, andando a confluire anch'essi, al netto degli eventuali costi - nella Gestione Separata.

CONFLITTO DI INTERESSI

Sara Vita 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 di investimento 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.

