

## Saratutelavita Plus

### Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e a premio annuo costanti

<b>Agenzia</b>	<b>Subagenzia</b>
----------------	-------------------

<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>
-----------------	----------------	-------------------	---------------	-----------------

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

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

Socio ACI: \_\_\_\_\_ se si indicare il numero della tessera ACI \_\_\_\_\_ e la data di scadenza \_\_\_\_\_

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
----------------	-------	----------------

Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
-----------------	------------------	-------	---------

Indirizzo di residenza n.	CAP	Località	Prov.	Nazione
---------------------------	-----	----------	-------	---------

Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
-------------------------------------	------------------	------------------	--------------

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

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

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

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

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

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

**Assicurato**

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
----------------	-------	----------------

Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
-----------------	------------------	------------------	-------	---------

Indirizzo di residenza	CAP	Località	Prov.	Nazione
------------------------	-----	----------	-------	---------

Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
-------------------------------------	------------------	------------------	--------------

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

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

**POLIZZA N. Agenzia**

**Sara Vita Spa**

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC [saravita@sara.telecompost.it](mailto:saravita@sara.telecompost.it) [info@sara.it](mailto:info@sara.it)

Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97

Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa

La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

**sara** 

## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONI DI BASE

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

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

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

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

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

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 05/22 e le condizioni di cui ai seguenti capitoli della Sez. B dello stesso modello:

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

Capitolo 3 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Garanzia Famiglia

Capitolo 4 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Invalidità

### Beneficiari in caso di morte

Nominativo	100,00%
------------	---------

### Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non è previsto pagamento anticipato

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

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

### Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o mendaci del Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. **Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il Contraente e l'Assicurato verificano l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica e certificazione dell'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).**

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

**L'Assicurato dichiara di essere fumatore**

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

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

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precisi e completi dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del Contraente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività assicurativa svolta dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle tipologie di comportamenti del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documenti sintetici di sintesi dei requisiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corrispondenza del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

## POLIZZA N. Agenzia

### Sara Vita Spa

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



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

### Recesso dal contratto

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

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

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Contraente\_Assicurato\_1)

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

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

Assicurato

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti DIP VITA (mod. V409 DV ed. 05/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 05/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Contratto (mod. V409 A ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V409 PP ed.05/22).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio che le condizioni di polizza per polizza assunte senza visita medica (carenza).

Assicurato

Contraente

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

Il Direttore Generale

### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la ricezione del Contratto/Contratto del Contraente/Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

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

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario (\*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(\*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto l'incarico di verificare la correttezza della compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI\*\*\*V000000000000000000

**POLIZZA N. Agenzia**

**Sara Vita Spa**

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

**sara**

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

**Intermediario**

**Assicurato**

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

**Attività Professionali**

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

**Attività Sportive**

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

**Questionario Sanitario**

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, rosolia, difterite, rinite cronica, bronchite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, emicrania, fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no   
  - Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- 3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, ECG, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedale, ambulatorio, sanatorio o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasi, emodialisi, terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, ernioplastica, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazioni del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
  - Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si  no   
  - Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco, il periodo di utilizzo e se gli esami ematochimici fuori dalla norma rientrano nei limiti \_\_\_\_\_
- 6) E' fumatore? si  no   
  - (per Non Fumatore si intendono chi non fuma, ma ha fumato, o occasionalmente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
  - Quantità giornaliera, per \_\_\_\_\_
- 7) Fa o ha fatto uso di alcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no   
  - Quantità giornaliera, per \_\_\_\_\_
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no   
  - Tipo di sostanza, periodo: \_\_\_\_\_

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

**Data**

**Assicurato**

**Intermediario**

(per autenticità delle firme)



AAAAMDDQSASP\*\*\*V000000000000000000