

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

<b>Agenzia</b>		Sul	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Scadenza</b>
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)			
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza n.	CAP	Località	Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.
Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto :			
<input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza <input type="checkbox"/> su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____ <input type="checkbox"/> su Area Riservata			
Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e non alle comunicazioni successive alla presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo _____.			
<b>Assicurato</b>			
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita	Prov. Nazione
Indirizzo di residenza	CAP	Località	Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza Cellulare e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.

**POLIZZA N. Agenzia****Sara Vita Spa**

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



## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONE IN CASO MORTE

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

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

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

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

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

### Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

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

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

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

### Dichiarazioni dell'Assicurato

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

L'Assicurato dichiara di:

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

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

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

non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere stato sottoposto a dipendenza o alcolismo

non esercitare nessuna delle attività professionali considerate rischiose, come elencate nell'ALLEGATO 1 delle Condizioni di Assicurazione

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

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

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

### Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

**Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.**

**Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1344 e 1393 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente proposta assicurativa costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione in base alle dichiarazioni stesse.**

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

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

1. Dati essenziali degli intermediari e 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 della attività distribuita effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);

3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);

4. Documento di sintesi dei risultati della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

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

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

### Recesso dal contratto

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

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

## POLIZZA N. Agenzia

### Sara Vita Spa

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



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

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Contraente\_Assicurato\_1.0)

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

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

Assicurato	Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP VITA (mod. V392 DV ed. 05/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V392 D ed. 05/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V392 DA ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V392 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 1314 e 1315 del Codice Civile, gli articoli 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione del rischio e le limitazioni di indennità.

Assicurato	Contraente

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

Il Direttore Generale



### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme e delle firme autografe, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/ Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti 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 la richiesta, firmata a fede della corretta 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** 