

Sara Prenditi Cura

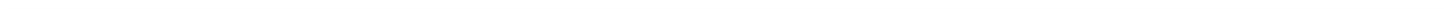
Contratto di Assicurazione Long Term Care - Assicurazione di rendita vitalizia posticipata in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

**Condizioni di Assicurazione
comprehensive di 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: **18/01/23**

pagina bianca



i nostri CONTATTI:

Agenzia di riferimento:

l'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto assicurativo è facilmente individuabile da www.sara.it/agenzie-network

Home Insurance e SaraConMe:

la **Home Insurance** Area Riservata (il vostro *account* è attivabile su www.sara.it) e la App **SaraCoMe** (è possibile scaricare l'app dal vostro *device*) sono messe a disposizione da Sara Vita per permettervi di consultare e gestire in autonomia il vostro contratto

Assistenza Clienti:



numero verde 800.095.095
(dal lunedì al venerdì
dalle 9.30 alle 19.00)

indirizzo mail
assistenzaclienti@sara.it

FAQ consulta le domande
frequenti www.sara.it/faqs

Le comunicazioni di Sara Vita:

Le comunicazioni obbligatorie riguardanti il contratto vengono inviate da Sara Vita:

- tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente
- via posta ordinaria all'indirizzo di recapito indicato dal Contraente
- sull'Area riservata del Contraente.

Il Contraente sceglie una delle tre modalità al momento della sottoscrizione della proposta/polizza e può modificare la sua scelta in corso di contratto.

Indice delle Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

PARTE I - PRESTAZIONE E CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa	pag. 3
Art. 2 - Contraente, Assicurato e Beneficiario	pag. 3
Art. 3 - Caratteristiche del contratto	pag. 3
Art. 4 - Prestazione	pag. 3
Art. 5 - Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali	pag. 5
Art. 6 - Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale	pag. 5
Art. 7 - Definizione dello stato di non autosufficienza	pag. 5
Art. 8 - Limiti di Età dell'Assicurato	pag. 6

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 9 - Versamenti, costi e pagamenti	pag. 6
--	--------

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art. 10 - Entrata in vigore e conclusione del contratto	pag. 8
Art. 11 - Durata	pag. 8
Art. 12 - Recesso dal contratto	pag. 8

PARTE IV - ESCLUSIONI, LIMITAZIONI, ASSUNZIONE DEL RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E *HOME INSURANCE*

Art. 13 - Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio	pag. 8
Art. 14 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 10
Art. 15 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza	pag. 10

PARTE V - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Art. 16 - Comunicazioni, Documentazione rilasciata dall'Impresa e <i>HOME INSURANCE</i>	pag. 11
Art. 17 - Mancato pagamento del premio - sospensione	pag. 12
Art. 18 - Ripresa del pagamento del premio - riattivazione	pag. 13
Art. 19 - Risoluzione del contratto	pag. 13
Art. 20 - Riscatto e Riduzione	pag. 13

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art. 21 - Beneficiario	pag. 13
Art. 22 - Pagamenti dell'Impresa	pag. 14
Art. 23 - Foro competente	pag. 14
Art. 24 - Legge applicabile al contratto	pag. 14

GLOSSARIO

pag. 15

CONFLITTO DI INTERESSI

RIFERIMENTI NORMATIVI

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano i contratti di Assicurazione sulla Vita in forma di Temporanea Caso Morte, (di seguito anche “**contratti**”) offerti da **Sara Vita Spa** (di seguito anche “**Impresa**”): **Sara Prenditi Cura - codice tariffa tar. 404**: Assicurazione di Rendita Vitalizia per il caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a premio annuo costante - Long Term Care.

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

- **DIP VITA**: il documento che fornisce informazioni essenziali e di sintesi del prodotto
- **DIP Aggiuntivo VITA**: il documento che fornisce informazioni integrative e complementari - diverse da quelle pubblicitarie - rispetto al DIP VITA e alle Condizioni di Assicurazione, utili a far acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo
- **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione
- **Modulo di proposta/polizza**: il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e attesta il pagamento del premio annuo costante - o rata di premio - di perfezionamento
- **Informativa Privacy**: il documento che informa sul 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**: con informazioni da tener in maggior conto e sulle quali è necessario prestare la massima attenzione,

sezioni **bordate di grigio**: con informazioni di supporto 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, 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 - PRESTAZIONE 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 e 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 il premio annuo costante per tutta la durata del contratto
- **Assicurato:** la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto
- **Beneficiario:** la persona - fisica o giuridica - che riceve la prestazione prevista dal contratto. **Sia per la prestazione per il caso di non autosufficienza totale dell'Assicurato che per le eventuali Assicurazioni Complementari facoltative Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale**, il Beneficiario è sempre coincidente con l'Assicurato.

Il Contraente può coincidere con l'Assicurato e il Beneficiario.

Art.3 - Caratteristiche del contratto

Sara Prenditi Cura appartiene alla categoria dei contratti di Long Term Care - Ramo IV - e garantisce una **rendita vitalizia mensile posticipata - di seguito rendita LTC** - in caso di non autosufficienza dell'Assicurato.

È prevista la facoltà da parte del Contraente di attivare le seguenti **coperture complementari**, accessorie alla prestazione principale:

- **Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali**
- **Assicurazione Complementare di non Autosufficienza Parziale.**

Tali coperture complementari sono:

- **facoltative**
- incluse dal Contraente **in fase di sottoscrizione del contratto**
- escluse dal Contraente in corso di contratto.

Sia la prestazione principale che le coperture complementari sono contrattualmente garantite dall'Impresa.

Art.4 - Prestazione

Il presente contratto prevede che **in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza totale dell'Assicurato** in corso di contratto, l'Impresa riconosce al Beneficiario - sempre coincidente con l'Assicurato stesso - una **prestazione**:

- corrisposta **in forma di rendita vitalizia** in misura pari a quanto indicato in proposta/polizza,
- pagabile dall'Impresa, vita natural durante, con frequenza **mensile posticipata**.

La **prestazione in caso di perdita di autosufficienza totale dell'Assicurato viene corrisposta** a seguito della riconosciuta **impossibilità dell'Assicurato stesso di svolgere in autonomia le attività elementari della vita quotidiana**.

Le **attività elementari della vita quotidiana** considerate sono:

- muoversi
- alzarsi e mettersi al letto
- vestirsi e svestirsi
- consumare cibi e bevande
- lavarsi, mantenere livelli adeguati di igiene personale (fare il bagno o la doccia)
- mantenere il controllo delle proprie funzioni fisiologiche (intestinali e urinarie).

La **prestazione di non autosufficienza totale viene riconosciuta** al Beneficiario solo dopo che l'Impresa abbia accertato e riconosciuto l'incapacità dell'Assicurato a svolgere autonomamente **4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana** sopra elencate e che risultino valide le seguenti condizioni:

- il contratto è in regola con il pagamento dei premi annui costanti, ovvero delle rate di premio
- non risultino valide e applicabili le esclusioni e le limitazioni espressamente indicate al successivo Art.13 - **Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio.**

La prestazione viene erogata a decorrere dalla data di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, non può essere prima del 90° giorno successivo alla data di presentazione della denuncia di sinistro, corredata di tutti i documenti richiesti.

A partire dal 90° giorno successivo alla data di denuncia del sinistro, non appena riconosciuto lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte dell'Impresa, decorre la prestazione di rendita LTC e il pagamento della stessa.

Nel periodo che decorre tra la data di denuncia del sinistro e il 90° giorno successivo, l'Impresa non riconosce alcuna prestazione e il Contraente continua a corrispondere il premio o le rate di premio dovute fino al riconoscimento, da parte dell'Impresa, dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Coerentemente con le proprie esigenze di protezione, il Contraente stabilisce all'atto della sottoscrizione del contratto l'adeguato ammontare della **rendita LTC**.

La **rendita vitalizia mensile posticipata** è compresa tra un **minimo di Euro 500** e un **massimo di Euro 2.500**.

L'Impresa, sulla base dell'ammontare della rendita LTC scelta, determina il premio annuo costante che il Contraente deve corrispondere vita natural durante.

L'importo del premio annuo costante - comprensivo del caricamento percentuale di cui di seguito - viene determinato dall'Impresa in base a specifici elementi quali:

- **ipotesi demografiche:** probabilità di non autosufficienza determinata in base all'età dell'Assicurato e alla data di decorrenza del contratto
- **ipotesi finanziarie.**

In base a queste ipotesi viene determinato un tasso di premio che, moltiplicato per la rendita vitalizia mensile posticipata, determina il premio annuo costante.

Gli **eventuali sovrappremi** sono da applicare al premio annuo costante così determinato a seguito della valutazione dell'Impresa riguardo le condizioni di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato.

Le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio annuo costante potranno essere riviste dall'Impresa ad intervalli non inferiori a cinque anni, qualora le analisi effettuate, in conformità a dati oggettivamente verificabili desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di sinistrosità tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse.

Sulla base di quanto sopra esposto, l'Impresa si riserva la facoltà di rivedere il premio ogni 5 anni, per l'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

Qualora il Contraente non intenda accettare l'aumento del premio, potrà richiedere il ricalcolo della prestazione assicurata, che si ottiene moltiplicando all'importo dell'ultima rata di rendita vitalizia mensile posticipata il rapporto tra il premio in corso ed il premio adeguato.

Esempio: come si individua il premio annuo costante fissata la rendita vitalizia mensile posticipata si ipotizzi quanto segue:

età dell'Assicurato alla decorrenza: **40 anni**

rendita vitalizia mensile posticipata scelta al momento della sottoscrizione del contratto, pari a **Euro 1.500**

di conseguenza:

- il **premio annuo costante**, che il Contraente è tenuto a pagare al fine di garantirsi una rendita vitalizia mensile posticipata di Euro 1.500, è pari a **Euro 622**

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. Di conseguenza non impegnano in alcun modo l'Impresa.

Art.5 - Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali

Esclusivamente in fase di sottoscrizione del contratto, è **prevista la facoltà** del Contraente di attivare un'**Assicurazione Complementare Opzioni Spese Speciali** per la quale, in caso di perdita di autosufficienza da parte dell'Assicurato viene riconosciuta al Beneficiario - salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** di cui all'Art.13 - una prestazione aggiuntiva in capitale in forma una tantum, il cui importo potrà essere al massimo pari a **Euro 20.000**.

La prestazione viene erogata a decorrere dalla data di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato non può andare oltre il 90° giorno successivo alla data di presentazione della denuncia di sinistro, corredata di tutti i documenti richiesti.

Dal 90° giorno successivo alla data di denuncia del sinistro, corredata di tutta la documentazione completa, decorre l'Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali e il pagamento del capitale previsto per la stessa.

Art.6 - Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale

Esclusivamente in fase di sottoscrizione del contratto, è **prevista la facoltà** del Contraente di attivare un'Assicurazione **Complementare di Non Autosufficienza Parziale** nel caso in cui **l'Assicurato non sia più in grado di svolgere autonomamente 3 (anziché 4) delle 6 attività elementari della vita quotidiana** viene riconosciuta al Beneficiario - salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** di cui all'Art.13 - **una prestazione aggiuntiva in capitale** in forma una tantum, il cui importo è **pari a Euro 10.000.**

Anche in questo caso la prestazione viene erogata a decorrere dalla data di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza parziale dell'Assicurato. La prestazione viene erogata anche in caso di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza totale dell'Assicurato.

La data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza parziale dell'Assicurato, non può andare oltre il 90° giorno successivo alla data di presentazione della denuncia di sinistro, corredata di tutti i documenti richiesti.

Dal 90° giorno successivo alla data di denuncia del sinistro, decorre l'Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale e il pagamento del capitale previsto per la stessa.

Art.7 - Definizione dello stato di non autosufficienza

Si definisce in **stato di non autosufficienza totale** l'Assicurato **che non sia in grado di compiere autonomamente**, anche con l'utilizzo di speciali apparecchiature e senza la necessità di assistenza continuativa di una terza persona, in maniera permanente ed irreversibile **almeno 4 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana** di seguito indicate:

- **muoversi:** l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della casa, su superfici piane eventualmente con l'aiuto di un bastone, una stampella, una sedia a rotelle, ecc...
- **alzarsi e mettersi a letto:** l'Assicurato è in grado di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona
- **vestirsi e svestirsi:** l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato, dalla testa ai piedi, inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche senza l'aiuto di un'altra persona; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è invece considerata determinante
- **consumare cibi e bevande:** l'Assicurato è in grado di mangiare e di bere cibo preparato da terzi senza l'aiuto di un'altra persona, anche con l'uso di posate e recipienti per bere idonei. Ciò implica che egli è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottire
- **lavarsi:** l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni
- **mantenere il controllo delle proprie funzioni fisiologiche (intestinali e urinarie):** l'Assicurato è in grado di controllare le funzioni corporali, cioè espletare mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).

Inoltre, se l'incapacità di svolgere le attività della vita quotidiana è di origine neuropsichica, essa va accertata da un medico psichiatra o neurologo tramite un punteggio inferiore a 15 risultante dal Mini Mental State test di Folstein.

Viene altresì **riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso** in cui all'Assicurato sia stata diagnosticata attraverso specifici test clinici una patologia nervosa o mentale di natura organica quale il morbo di **Parkinson** o il **morbo di Alzheimer** tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere lo svolgimento di almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana.

L'accertamento e il successivo riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza spetta all'Impresa e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista e riportata al successivo Art.15.

Art.8 - Limiti di età dell'Assicurato

Il contratto prevede limiti di età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

Di seguito si illustrano tali limiti:

prestazione principale e Assicurazioni Complementari	
età minima	età massima
18 anni	75 anni

Per età è da intendersi quella 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 l'età minima - vista la necessità che l'Assicurato sia maggiorenne alla data di decorrenza - i 18 anni sono da intendersi come età anagrafica e non assicurativa.

Esempio: come si individua l'età assicurativa

età anagrafica		età assicurativa
45 anni, 3 mesi e 15 giorni	→	45 anni
45 anni, 6 mesi e 15 giorni	→	46 anni

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art.9 - Versamenti, costi e pagamenti

La **prestazione principale** e le **eventuali Assicurazioni Complementari** - descritte ai precedenti Art.4, Art.5 e Art.6 - **vengono garantite** dietro versamento da parte del Contraente del premio annuo di importo costante indicato in proposta/polizza.

Premio annuo costante della prestazione principale

Il premio annuo costante per **Sara Prenditi Cura** deve essere corrisposto vita natural durante

È prevista la possibilità di **frazionare** il premio annuo costante in rate semestrali, trimestrali e mensili.

È sempre possibile la facoltà del Contraente di richiedere all'Impresa di poter **variare il frazionamento del premio**: condizione necessaria è quella di comunicare la decisione almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto.

Ciascun importo viene corrisposto:

- **anticipatamente alle scadenze pattuite**, dovuto dunque all'inizio del periodo assicurativo al quale si riferisce
- **in misura costante**
- **non oltre l'anno assicurativo (o ricorrenza semestrale, trimestrale o mensile a seconda della scelta del frazionamento) in cui avviene il riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza** dell'Assicurato.

Il premio annuo costante è determinato in base a:

- rendita vitalizia mensile posticipata scelta dal Contraente
- età dell'Assicurato
- stato di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato
- Assicurazioni Complementari, eventualmente prestate

Il Contraente corrisponde quanto dovuto alla data di perfezionamento del contratto fermo restando l'obbligo di versamento della prima annualità di premio (anche in caso di frazionamento). Diversamente il contratto si estingue e i premi annui costanti, o le rate di premio, corrisposti restano acquisiti all'Impresa.

Premio annuo costante delle prestazioni complementari

Con la medesima cadenza di pagamento del premio annuo costante della prestazione principale, relativa a **Sara Prenditi Cura**, vengono corrisposti i premi annui costanti afferenti ad ognuna delle Assicurazioni Complementari eventualmente scelte.

Nel caso di frazionamento si applicano i medesimi interessi di frazionamento previsti per la prestazione principale.

Tali premi annui costanti (o rate di premio) delle Assicurazioni Complementari si sommano al premio annuo costante (o rate di premio) della prestazione principale.

Costi da applicare al premio annuo costante della prestazione principale e delle Coperture Complementari

Ciascun premio annuo costante - o rata di premio - relativo sia alla prestazione principale che alle singole Coperture Complementari, deve intendersi al lordo:

- del **caricamento percentuale**, pari al **15%** da applicare a ciascun premio annuo costante o rata di premio
- dell'eventuale interesse di frazionamento - da applicare su ciascuna rata - pari a:
 - **1,5%** in caso di scelta semestrale
 - **2,0%** in caso di scelta trimestrale
 - **2,5%** in caso di scelta mensile

Modalità di pagamento

Ciascun premio annuo costante - o rata di premio - viene corrisposto dal Contraente all'Impresa utilizzando uno dei seguenti mezzi di pagamento, a condizione che sia intestato all'Impresa, ovvero all'Intermediario espressamente in tale qualità:

- **alla data di perfezionamento:**
 - ordine di bonifico
 - sistema di pagamento elettronico
 - altro mezzo di pagamento bancario o postale
 - assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità
- **alle successive date di pagamento del premio annuo costante - o rata di premio:**
 - **se scelto il frazionamento trimestrale, semestrale o annuale:** a scelta una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD
 - **se scelto il frazionamento mensile:** il solo 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 - premio o rata di premio - devono essere corrisposti all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

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.

Attraverso l'utilizzo dell'**Area Riservata internet dispositiva (Home Insurance dispositiva)** l'Impresa offre al Contraente la facoltà di effettuare il pagamento dei **premi successivi a quello di perfezionamento** direttamente nella propria **Area Riservata** ovvero utilizzando l'app **SaraConMe**.

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.

La scelta della modalità di versamento può variare a seconda del canale distributivo.

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

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art.10 - Entrata in vigore e conclusione del contratto

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

- a sottoscrizione della proposta/polizza da parte del Contraente
- il pagamento del premio annuo costante, o rata di premio, alla data di perfezionamento.

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

Qualora in proposta/polizza fosse indicata una data di decorrenza successiva al giorno di 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 la data di decorrenza del contratto, l'Impresa restituisce al Contraente l'importo corrisposto dietro consegna del certificato di morte.

Art.11 - Durata

La durata del presente contratto - intendendosi con essa l'arco di tempo durante il quale sono in vigore le prestazioni - coincide con la vita dell'Assicurato. La suddetta durata cosiddetta a Vita Intera è valida sia per la prestazione di base (rendita vitalizia mensile posticipata) che per le Assicurazioni Complementari Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale.

Art.12 - Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di conclusione dello stesso, così come definita all'Art.10, dandone comunicazione all'Impresa:

- con lettera raccomandata A/R - indirizzata a **Sara Vita Spa** - Via Po 20, 00198 Roma
- con mail indirizzata a Sara Vita tramite pec: saravita@sara.telecompost.it
- rivolgendosi direttamente all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Indipendentemente dalla tipologia di comunicazione il Contraente deve indicare gli elementi identificativi del contratto e firmare la richiesta.

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 al versamento effettuato, al netto della quota parte riferita al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, relativamente al rischio corso.

PARTE IV - ESCLUSIONI, LIMITAZIONI, ASSUNZIONE RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E HOME INSURANCE

Art.13 - Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio

Esclusioni

Il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali.

La prestazione prevista dal contratto non è accordata all'Assicurato, sempre coincidente con il Beneficiario, se la causa dello stato di non autosufficienza è preesistente al momento della sottoscrizione del contratto stesso ed è stata sottaciuta all'Impresa.

È **escluso dalle garanzie** la non autosufficienza causata da:

- **dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi**
- **tentato suicidio dell'Assicurato, lesioni o malattie intenzionalmente provocate, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti alcolismo acuto o cronico**
- **contaminazione radioattiva**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, - salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano - **insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo**
- **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
- **omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato**
- **disturbi mentali di origine non organica (es: psicosi, nevrosi, sindromi ansioso depressive)**
- **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 non autosufficienza causata da dolo del Contraente o del Beneficiario: nessun importo**
- **in caso di non autosufficienza non causata da dolo del Contraente o del Beneficiario: la somma dei versamenti effettuati fino alla data di decesso/non autosufficienza dell'Assicurato.**

Limitazioni - Carenza

È previsto un periodo di **carezza** di:

- **1 anno dall'entrata in vigore del contratto** nel caso di **non autosufficienza dovuta da malattia diversa da Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica**
- **3 anni dall'entrata in vigore del contratto** nel caso di **non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.**

L'Impresa non applica entro 1 anno dall'entrata in vigore del contratto la limitazione sopra indicata - pertanto la somma da essa dovuta è pari all'intera rendita vitalizia mensile posticipata - **qualora la non autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio** avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la non autosufficienza.

Applicazione del periodo di carenza: valendo le condizioni di carenza sopra indicate, se la non autosufficienza dell'Assicurato avviene nel primo anno per causa diversa da infortunio e per malattia diversa da Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, o entro i 3 anni dall'entrata in vigore del contratto per l'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, l'Impresa corrisponde al Beneficiario - in luogo della rendita vitalizia mensile posticipata indicata in proposta/polizza - un importo pari al premio annuo costante corrisposto/alla somma dei premi annui corrisposti, ovvero alla somma delle rate di premio in caso di frazionamento del premio, al netto dell'eventuale interesse di frazionamento.

Assunzione del rischio

L'Impresa ha sempre la necessità di acquisire le informazioni sull'Assicurato in merito alle sue:

- condizioni di salute
- abitudini di vita
- attività professionali e sportive (amatoriali e professionali) dell'Assicurato.

Tali informazioni di base sono ricavabili nel **questionario Long Term Care** , che è parte integrante della proposta/polizza.

Assunzione senza visita medica

A determinate condizioni di seguito descritte, per l'emissione del contratto l'Impresa necessita della sola compilazione del questionario di cui sopra e assume il contratto senza alcun preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e dunque senza richiedere allo stesso:

- la visita medica
- gli accertamenti sanitari.

In questo caso, premesso che **il presente contratto viene assunto senza visita medica**, rimane convenuto che qualora la non autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro il periodo di carenza sopra indicato e lo stesso sia al corrente col pagamento dei premi, l'Impresa corrisponde - in luogo della rendita vitalizia mensile posticipata - una somma pari al premio annuo costante corrisposto, ovvero alle rate di premio in caso di frazionamento dello stesso, al netto dell'eventuale interesse di frazionamento.

Le condizioni per le quali il contratto viene emesso senza visita medica e alcun accertamento sanitario sono valide se esistono entrambe le condizioni di seguito riportate: per un importo di rendita vitalizia mensile posticipata pari o inferiore a Euro 2.000 e in caso di età dell'Assicurato inferiore o uguale a 65 anni è prevista la sola compilazione di un questionario Long Term Care.

Per età dell'Assicurato si intende l'età assicurativa.

Assunzione con visita medica e accertamenti sanitari

Diversamente è necessario il preventivo accertamento delle condizioni di salute - tramite visita medica presso il proprio medico di famiglia e accertamenti sanitari.

Le condizioni per le quali il contratto viene emesso con visita medica sono valide se esistono entrambe le condizioni di seguito riportate: **per importo di rendita vitalizia mensile posticipata superiore a Euro 2.000 e/o in caso di età dell'Assicurato superiore a 65 anni è prevista la compilazione di un questionario Long Term Care e il preventivo accertamento delle condizioni di salute tramite visita medica e accertamenti sanitari.**

Possono essere previsti:

- **sovrappremi ed esclusioni** a seguito di circostanze relative alle attività professionali e sportive (amatoriali e professionali) dell'Assicurato
- **sovrappremi** a seguito di circostanze relative alle abitudini di vita e alle condizioni di salute dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Impresa decida che le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato siano tali da:

- necessitare l'applicazione di sovrappremi: informa il Contraente dell'incremento dell'importo del premio e il contratto viene stipulato soltanto se il Contraente accetta tale sovrappremio
- escludere dalla garanzia: la non autosufficienza causata dalla pratica di quella determinata attività.

Art.14 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente devono comunicare all'Impresa ogni cambiamento di professione e attività dell'Assicurato stesso intervenuti in corso di contratto, che ne modifichino il rischio.

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.

In ogni caso anche l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione.

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:

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 della inesatta dichiarazione e della reticenza	non riconoscimento di alcuna prestazione in caso di non autosufficienza
caso in cui <u>NON</u> sia stato accertato il dolo o la colpa grave	rescissione del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui si è avuta conoscenza della inesatta dichiarazione e della reticenza	riduzione della prestazione in relazione al maggior rischio , in caso di non autosufficienza

Art.15 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi dell'evento assicurato, l'Assicurato o il Contraente dovranno fornire all'Impresa tutti i documenti necessari ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, relativamente all'avente diritto questo è sempre l'Assicurato.

La documentazione da consegnare è la seguente:

- **copia della relazione del medico curante** (medico di famiglia) **attestante lo stato di non autosufficienza** dell'Assicurato, con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa
- **copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato** riportante firma visibile.

La data di denuncia dello stato di non autosufficienza coincide con la data di ricezione della documentazione completa di cui sopra da parte dell'Impresa, necessaria per poter effettuare l'accertamento dello stato di non autosufficienza.

A partire da tale data decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte dell'Impresa

Accertamento dello stato di non autosufficienza

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta all'Impresa.

Resta inteso che, **al fine di consentire all'Impresa l'accertamento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato dovrà:**

- **sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici** (anche a domicilio) disposti dall'Impresa
- **fornire all'Impresa ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza o della causa dello stato di non autosufficienza stesso.**

Dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza, decorre **il periodo di accertamento da parte dell'Impresa**, che in ogni caso **non può essere inferiore ai 90 giorni.**

L'Impresa, ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, si riserva comunque di richiedere all'Assicurato, o al Contraente qualora sia persona diversa dall'Assicurato, eventuale ulteriore documentazione medica che risulti necessaria all'accertamento, con conseguente sospensione del suddetto termine temporale.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Ultimati i controlli medici, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui il periodo di accertamento necessiti di un tempo maggiore di 90 giorni, la prima rata di rendita LTC dovuta sarà maggiorata degli interessi di mora.

Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si generano i seguenti effetti:

- il diritto dell'Assicurato a percepire la rendita LTC e i rispettivi capitali delle Coperture Complementari qualora esse siano state sottoscritte
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il premio annuo costante della copertura di non autosufficienza e delle Coperture Complementari
- la restituzione degli eventuali premi della prestazione di non autosufficienza e delle Coperture Complementari corrisposti nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Art.16 - Comunicazioni, Documentazione rilasciata dall'Impresa e HOME INSURANCE

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 ogni cambiamento di professione, attività sportive che ne modifichino il rischio.

Al verificarsi dell'evento assicurato, l'Assicurato o il Contraente sono inoltre tenuti a comunicare e consegnare all'Impresa tutta la documentazione necessaria all'Impresa stessa per accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Le modalità di comunicazione con l'Impresa sono:

- contatto diretto dell'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto assicurativo
- via posta (indirizzata a Sara Vita - Via Po, 20, 00198 Roma ovvero all'Intermediario)
- via e-mail a: direzionevita.portafoglio@sara.it
- via PEC: saravita@sara.telecompost.it.

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 a eventuali richieste scritte del Contraente in merito al contratto entro e non oltre 20 giorni dal ricevimento delle stesse.

Le modalità di comunicazione dell'Impresa sono:

- **tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente stesso**
- **via posta all'indirizzo del recapito comunicato dal Contraente stesso**
- **sulla propria Area Riservata.**

Il Contraente sceglie una delle tre modalità al momento della sottoscrizione della proposta/polizza e può modificare la sua scelta in corso di contratto.

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

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

- la **proposta/polizza**, consegnata - a fronte del versamento del premio annuo costante o rata di premio - al momento della sottoscrizione del contratto. In esso sono indicati, tra gli altri, il numero di polizza, la rendita LTC e la data di decorrenza del contratto
- il **questionario LTC, parte integrante della proposta/polizza**
- la **quietanza**, consegnata - a fronte del versamento di ciascun premio annuo costante o rata di premio successivo - nel solo caso in cui la modalità di pagamento prescelta dal Contraente sia diversa dall'addebito diretto SEPA - SDD sul conto corrente del Contraente. In essa è indicata, tra gli altri, la data di versamento.

Questi documenti risultano essere parte integrante del contratto.

Annualmente, **entro il 28 febbraio di ogni anno**, 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:

- il cumulo dei versamenti effettuati nell'anno precedente
- l'ammontare della quota parte detraibile
- l'importo della rendita LTC.

Nel corso dell'erogazione della rendita vitalizia mensile posticipata, l'Impresa si riserva il diritto di chiedere periodicamente (ogni 12 mesi) l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato.

Il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la sospensione dell'erogazione della rendita vitalizia mensile posticipata.

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, tra le altre, almeno le seguenti operazioni:

- pagamento del premio successivo a quello di perfezionamento
- richiesta di modifica dei propri dati personali.

L'Area Riservata permette di consultare anche le seguenti informazioni e documenti:

- coperture assicurative in essere
- condizioni contrattuali sottoscritte
- stato dei pagamenti e relative scadenze
- eventuale sospensione della garanzia ed eventuale relativa riattivazione
- nominativo/i e relativi dati anagrafici, codice fiscale e/o partita IVA italiani o esteri, recapiti, anche di posta elettronica, del Beneficiario,

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 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Art.17 - Mancato pagamento del premio - sospensione

Il mancato pagamento di un premio - annuo o rata di premio - determina la **sospensione del contratto** che:

- **inizia** trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza pattuita del pagamento
- **termina** alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento
- viene prevista anche per le Assicurazioni Complementari, se attive.

Nel periodo in cui il contratto è sospeso non è prevista alcuna prestazione.

Al termine del periodo di sospensione si ha la definitiva risoluzione del contratto (rescissione) e i premi versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa salvo quanto previsto al successivo Art.20 in caso di Riduzione della prestazione.

Art.18 - Ripresa del pagamento del premio - riattivazione

Nel periodo di sospensione del contratto, dunque nel corso dei 12 mesi di mancato pagamento del premio - annuo o rata di premio:

- **entro il termine di 6 mesi dalla scadenza del primo premio - annuo o rata di premio - non pagato:** il Contraente ha il diritto di riattivare il contratto
- **per i successivi mesi (fino alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento del premio):** il Contraente ha la possibilità di richiedere espressamente all'Impresa di riattivare il contratto e l'Impresa ha il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione del contratto tenendo conto del loro esito. Soltanto con accettazione scritta dell'Impresa il contratto può essere riattivato.

In caso di riattivazione il contratto - che nell'intervallo di tempo rimane sospeso nei suoi effetti - entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati - annui o rate di premio - e dei relativi interessi legali.

La riattivazione del contratto, in precedenza rescisso a seguito del mancato pagamento dei premi - effettuata nei termini sopra indicati - ripristina la prestazione assicurativa ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

È possibile richiedere di riattivare il contratto anche direttamente nella propria **Area Riservata** ovvero utilizzando l'app **SaraConMe**.

Art.19 - Risoluzione del contratto

Il contratto **si estingue** soltanto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso
- interruzione del pagamento dei premi senza riattivazione nei tempi stabiliti
- decesso dell'Assicurato in corso di contratto.

Art.20 - Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede riscatto.

Il contratto prevede la maturazione del **diritto alla riduzione** della prestazione di rendita vitalizia mensile posticipata dopo che siano state corrisposte **8 annualità di premio**.

In tal caso il Contraente ha la possibilità di interrompere la corresponsione dei premi successivi e la copertura assicurativa rimane in vigore con una prestazione ridotta "vita natural durante".

Il valore ridotto della rendita vitalizia mensile posticipata e dell'eventuale capitale dell'assicurazione complementare Opzione Spese Speciali sono ottenuti riproporzionando il loro valore sulla base del rapporto tra i premi pagati e i premi ipoteticamente stabiliti da corrispondere, considerando l'ipotesi estrema di un Assicurato che giunga all'età di 90 anni.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia già compiuto 90 anni e decida di interrompere il pagamento dei premi, la prestazione ridotta coincide con la prestazione piena.

Se invece sono state corrisposte meno di 8 annualità di premio annuo costante e si interrompe la corresponsione dei premi, trascorso il periodo previsto per la riattivazione, il contratto si risolve e i premi fino a quel momento corrisposti vengono acquisiti dall'Impresa.

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art.21 - Beneficiario

Prestazione di non autosufficienza

Il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato

Art.22 - Pagamenti dell'Impresa

Verificatosi uno degli eventi previsti dal contratto, l'Assicurato o chi per lui (Contraente) 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:

- certificato di nascita - ovvero copia di un documento valido - dell'Assicurato se persona diversa dal Contraente: può essere consegnata al momento della sottoscrizione della proposta/polizza
- copia di un documento valido, codice fiscale e indirizzo dell'Assicurato, sempre coincidente con il Beneficiario nel caso di liquidazione per non autosufficienza
- richiesta sottoscritta dall'avente diritto nella quale devono essere indicati - per poter effettuare il bonifico - il codice IBAN e l'intestatario del conto corrente
- scheda antiriciclaggio. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario
- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza
- copia di 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.

Le spese relative all'acquisizione della documentazione richiesta gravano sugli aventi diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa mette a disposizione la somma dovuta a **partire dal 90° giorno successivo la denuncia di non autosufficienza dell'Assicurato**, previo ricevimento della documentazione completa valida ai fini dell'accertamento e del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso da parte dell'Impresa.

Per data di ricevimento della richiesta/denuncia, corredata dalla documentazione, si intende la data in 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.23 - 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.24 - 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.

GLOSSARIO

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 questo contratto il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.

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

Carenza: periodo durante il quale la garanzia del contratto non è efficace; qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurativa

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

Conclusione del contratto: momento in cui - dopo aver corrisposto il premio annuo costante di perfezionamento - viene emesso il contratto

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

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni che si verificano quando un Soggetto rilevante, al momento della prestazione di qualsiasi attività di distribuzione assicurativa, sia portatore di un interesse proprio o facente capo ad un soggetto ad esso collegato e tale interesse sia potenzialmente idoneo ad interferire con quello dei suoi clienti o tra due clienti, in modo tale da incidere negativamente sugli interessi dei Contraenti

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 annuo costante all'Impresa

Contratto: contratto di assicurazione sulla vita con il quale l'Impresa si impegna a riconoscere al Beneficiario la prestazione prevista dal contratto quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso

Contratto di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sul premio versato

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

Documento unico di rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto

Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi

Dichiarazioni dell'Assicurato: documento presente in proposta/polizza sulle sue abitudini di vita, condizioni di salute e attività professionali e sportive (amatoriali e professionali)

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente e/o dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono all'Impresa di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare l'Impresa su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, l'Impresa stessa può chiedere l'annullamento del contratto, recedere dallo stesso o modificare la prestazione/premi, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace

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

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'Impresa, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione

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

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

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

Interessi di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa. Il presente prodotto prevede che gli interessi di frazionamento siano già inclusi nel premio da corrispondere

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 (coincidente sempre con l'Assicurato in questa tipologia di contratto) della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento

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

Premio annuo costante: importo da versare all'Impresa quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto

Premio complessivo o lordo: importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare all'Impresa quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto

Premio di tariffa: somma del premio puro e dei caricamenti

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio, ogni semestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale l'Impresa applica una maggiorazione, ossia i cosiddetti interessi di frazionamento

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 dell'evento assicurato

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

Questionario sanitario e delle attività professionali e sportive: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Impresa utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata dell'Impresa in caso di pagamento presso l'Intermediario, costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di addebito diretto SEPA

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

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione

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

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto. Per il presente contratto non è prevista una scadenza

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 assicurativa

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa per i Contratti di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo)

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

CONFLITTO DI INTERESSI

Sara Vita SpA 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 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.

