

**SaraTutelaVita Corporate**  
**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE**  
**A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

<b>Agenzia</b> AXXX DXXX	Sub...
-----------------------------	--------

<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b> 903	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b> Monoannuale	<b>Scadenza</b>
-----------------	-----------------------	-------------------	------------------------------	-----------------

**Contraente (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	Data rilascio	Cittadinanza
-------------------------------------	------------------	---------------	--------------

Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza dell'ass. 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 :

- 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 per le comunicazioni successive alla presente scelta.  
 Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo \_\_\_\_\_@sara.it

**Ditta Contraente:**

Denominazione del Contraente	Natura giuridica	Data costituzione	Telefono	e-mail
------------------------------	------------------	-------------------	----------	--------

Codice Fiscale (per le Ditte individuali Partite IVA)	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.
-------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------

Indirizzo della sede Legale <b>VIA</b>	CAP	Località <b>LOCALITA</b>	Prov. <b>PROV</b>	Nazione
-------------------------------------------	-----	-----------------------------	----------------------	---------

**Beneficiari in caso di morte**

Si rimanda alla designazione del beneficiario riportata nella scheda di adesione.

**Caratteristiche del contratto**

La prestazione assicurativa viene erogata in applicazione della Convenzione stipulata tra Sara Vita spa e la Contraente ed è destinata agli Assicurati, le cui posizioni individuali sono riportate nella tabella "Elenco Assicurati".

**PRESTAZIONE CASO DI MORTE**

In caso di morte dell'Assicurato entro la data di scadenza indicata verrà liquidato, a favore dei Beneficiari designati, il **Capitale Assicurato** indicato in corrispondenza dell'Assicurato riportato nella tabella "Elenco Assicurati".

Tale prestazione viene garantita dietro corresponsione del Premio complessivo di seguito indicato:

**PREMIO COMPLESSIVO: XXX,XX Euro**

**CAPITALE TOTALE POLIZZA: XXX,XX Euro**

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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)



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

### Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità:

assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, ordine di bonifico che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità, assegno di pagamento bancario o postale che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità, sistema di pagamento elettronico, che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

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

## Dichiarazioni del Contraente

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente prima della conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni che costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto:

- le informazioni e i dati forniti nella presente Proposta/Polizza e, da allegare, le eventuali dichiarazioni riguardanti sia le informazioni di carattere sanitario che le informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato;
- il questionario anamnestico ovvero l'eventuale questionario medico, se previsto, e le eventuali dichiarazioni del Contraente riferibili allo stato di salute dell'Assicurato.

L'Impresa presterà il suo consenso all'assicurazione e ne determinerà il premio in base alle dichiarazioni di cui ai punti precedenti.

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

1. Dati essenziali degli Intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del Contraente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva 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. 5 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle rischi e della copertura assicurativa.

### Recesso dal contratto

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

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

### Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Contraente:

- **DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa (Informativa Collettive\_1.0);
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati copia dell'informativa relativa agli Assicurati che ha ricevuto dal Titolare (Informativa Assicurati\_Col\_1.0).

POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX

Sara Vita Spa

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

sara 

## Dichiarazioni del Contraente (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP VITA (ed. 09/22), DIP Informativo VITA (mod. V395 D ed. 05/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V395 CdA ed. 09/22) e il modulo di richiesta polizza in fac simile (mod. V395 ed. 05/23).

Il Contraente dichiara di avere 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, le Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio.

Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati il Set Informativo e si obbliga a dare comunicazione agli stessi, a richiesta informativa ricevuta da parte di Sara Vita spa, di cessazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statutarie, di trasferimento di portafoglio, di fusione e di scissione.

Con le firme sotto riportate, il Contraente conferma la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Contraente

Polizza emessa il XX/XX/XXXX sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rese dal Contraente.

Il Direttore Generale

### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Legale rappresentante della Contraente e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Legale rappresentante ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 settembre 2007 e delle successive modificazioni ed integrazioni (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

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

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello)

Firma dell'Intermediario

Firma e timbro dell'Agenzia

(\*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta e ha verificato la corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI\*\*\*V000000000000000000

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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 Scheda di Adesione Polizza n. NXXXXXX**

**Intermediario**

**Assicurato**

**Nominativo Assicurato**

Il contratto 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 l'adesione al contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rese nel questionario. 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. L'Assicurato è tenuto a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico fiduciario dell'Impresa.

**Attività Professionali**

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

**Attività Sportive**

- Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (incluso canininate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kayak, rafting, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, parapendio, volo ultraleggero, alluce, parapendio)? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle elencate nei punti precedenti? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- Indicare i valori della statura e del peso: cm XX kg XX
- Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, rosolia, epatite, 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? \_\_\_\_\_
- Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
 • Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenotomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture semplici, deviazioni del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per tumori cutanei, chirurgia estetica) si  no   
 • Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_  
 • Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- Assume o ha mai assunto farmaci? si  no   
 • Se sì, indicare la motivazione, il nome del farmaco, il periodo di utilizzo e gli eventuali esami ematochimici fuori dai limiti di riferimento rientranti nei limiti di riferimento? \_\_\_\_\_
- E' fumatore? si  no   
 (per Non Fumatore si intendono i non fumatori nemmeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)  
 • Quantità? Qualora, periodo: \_\_\_\_\_
- Fa o ha fatto uso di alcoolici superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no   
 • Quantità? Qualora, periodo: \_\_\_\_\_
- 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, omesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a produrre all'Impresa, ed a lasciare in proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta ed è tenuto a regolare direttamente gli oneri e le spese conseguenti; proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che l'hanno avuto in cura o visitato o che potrebbero curarlo in futuro, nonché le altre persone alle quali l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa stessa comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

<b>Data</b> <u>XX/XX/XXXX</u>	<b>Assicurato</b>	<b>Intermediario</b> <small>(per autenticità delle firme)</small>
-------------------------------	-------------------	----------------------------------------------------------------------



**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE  
A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

**COLLETTIVA:** NXXXXXX

**CONTRAENTE:** Nominativo CONTRAENTE

**ELENCO ASSICURATI**

Numero testa	Assicurato	Codice Fis	Data di nascita	Età	Capitale Assicurato (Euro)	Premio Unico (Euro)
	Nominativo Assicurato				XXX	XXX

Totale generale: Euro XXX,XX

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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** 

Scheda di Adesione dell'Assicurato - Polizza NXXXXXX

**Assicurato**

Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale	
<b>Nominativo Assicurato</b>				
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita	Prov.	Nazione
Professione				

**Capitale Assicurato Euro:**

**Beneficiari in caso di morte**

XX	XXX	100,00
----	-----	--------

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà fare riferimento in caso di sinistro Assicurato? **SI**  
**Nominativo REFERENTE TERZO** **Codice fiscale** **Indirizzo** **E-mail** **Numero telefono**

**Beneficiari in caso di invalidità permanente**

XXX	100,00
-----	--------

**Dichiarazioni dell'Assicurato**

**L'Assicurato dichiara di :**

- dare il consenso all'Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1706 del Codice Civile.
- essere a conoscenza che la presente Scheda di adesione serve esclusivamente per l'ammissione all'assicurazione collettiva stipulata fra la Contraente **Nominativo CONTRAENTE** e la Sara Vita Spa.
- avere ricevuto dalla Contraente, nelle forme e con le modalità da quest'ultima individuate, le Condizioni di Assicurazione e di accettarle integralmente.

**Consenso al trattamento dei dati personali  
 IL SOTTOSCRITTO ASSICURATO**

nel dichiarare di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (Informativa Contraente\_Assicurato\_1.0): acconsente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), al trattamento dei dati sanitari che lo riguardano necessario per finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa e per l'esecuzione del contratto - da concludere o in essere con Sara Vita - ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autorizzati 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.

**Assicurato**

Emessa il XX/XX/XXXX

FACSIMILE

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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)

