

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

Agenzia				Subage	
AGENZIA					
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Sr	
Contraente - _ persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rap, ante)					
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente					
Socio ACI: se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza					
Cognome e Nome			Sesso	Cod. fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita			Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza n.		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività		ATECO cod./desc.

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

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

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive 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 assistenzaclienti@saravita.it

Assicurato					
Cognome e Nome			Sesso	Codice Fiscale	
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare e-mail
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività		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 DI BASE

In caso di perdita di autosufficienza totale da parte dell'Assicurato, così come definita nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione, verrà liquidata una **rendita mensile** pari ad **Euro** .

Tale rendita verrà liquidata a favore dell'Assicurato – Beneficiario finché sarà in vita e continuerà a trovarsi nelle condizioni di autosufficienza totale.

PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE

In caso di perdita di autosufficienza parziale da parte dell'Assicurato, così come definita nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione, verrà liquidato, a favore dell'Assicurato-Beneficiario, un Capitale di **Euro** , a fronte della corresponsione del **Premio Annuo di Euro** .

OPZIONE SPESE SPECIALI

In caso di perdita di autosufficienza totale da parte dell'Assicurato verrà liquidato, a favore dell'Assicurato-Beneficiario, secondo le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione, un capitale pari ad **Euro** , a fronte della corresponsione del **Premio Annuo** pari ad **Euro** .

Il **Premio Annuo Netto** della prestazione di base di **Euro** verrà corrisposto, unitamente al **Premio Annuo Netto** delle prestazioni complementari di **Euro** in misura costante, con frazionamento **SEMESTRALE** in rate anticipate pari ad **Euro** .

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo netto delle prestazioni di base e riferita alla copertura del rischio di non autosufficienza è pari a **Euro** .

Fanno parte integrante della polizza le Condizioni di Assicurazione riportate nel Mod. V411 Co.

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, assegno circolare, unito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; bonifico bancario, altro mezzo 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); quest'ultima modalità è obbligatoria qualora sia stato scelto il frazionamento mensile del premio.

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

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario assicurativo, l'Assicurato dichiara la veridicità e l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per accertare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

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

L'Assicurato dichiara inoltre che le sue 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 precontrattuale 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, 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 condotta del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli elementi della Proposta/Polizza e delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 19 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 19 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la modalità di pagamento del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

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



Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Recesso dal contratto

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

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

Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Contraente_Assicurato_1...)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di assicurazione, 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 l'autenticità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: **INFORMATIVA (mod. V411 DV ed. 01/23)**, **DIP Aggiuntivo VITA (mod. V411 D ed. 05/23)**, **Condizioni di Assicurazione, comprensive del Garanzia (mod. V411 CdA ed. 05/23)** e il **modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V411 PP ed.05/23)**.

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni e i contenuti delle condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 141 e 142 del Codice Civile l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni, le limitazioni e l'assunzione del rischio.

Assicurato

Contraente

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

Il Direttore Generale



Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace.

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 polizza e ha attestato la corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***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 

FAC-SIMILE

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 dell'Assicurato parte integrante della Polizza n. XXX

Assicurato

Nome e Cognome:

Data di Nascita:

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

Professione

- 1) Indicare : Altezza : cm Peso: Kg Pressione arteriosa Min Max trattata non trattata
- 2) Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche, invalidanti e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla ? si no
- 3) Le è stata riconosciuta un'invalidità >= 10% per la quale le spetta una pensione o sta per avviare una procedura per ottenerne il riconoscimento e quindi anche la pensione? si no
Specificare da quando, motivo, grado di invalidità (precisare se civile o militare)
- 4) Assume attualmente farmaci o è in procinto di iniziare un trattamento farmacologico? si no
Quali, per quali malattie e da quando?
- 5) Ha dovuto interrompere la sua attività lavorativa per motivi di salute per più di 3 settimane consecutive? si no
Specificare quando, durata di ciascuna interruzione e motivo
- 6) Fa o ha fatto uso di alcolici e/o superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si no
Quantità giornaliera e da quando?
- 7) Fuma? si no
Quantità giornaliera e da quando?
- 8) Ha in previsione di sottoporsi, entro i prossimi 6 mesi, ad esami clinico-strumentali (esclusi check-up o esami di screening regolari)? si no
Specificare motivo, data prevista e tipologia di accertamento
- 9) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi di natura chirurgica o procedure invasive? si no
Se sì, mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? (non indicare ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, tonsillectomia, emictectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, spondilectomia post-lumbar, ernie inguinali, ernie cocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica)
Se sì, quali? Con quale risultato?
Epoca? Motivo?
- 10) Negli ultimi 5 anni si e' mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM, ecografia, altro) che abbiano emersi segni di alterazione? si no
Specificare quando, quali e con quale risultato
- 11) E' stato sottoposto a radioterapia e/o chemioterapia e/o immunoterapia e/o cobaltoterapia? si no
Specificare data, durata, motivo e risultato
- 12) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi (ad esclusione di: influenza, morbillo, pertosse, epatite, rinite cronica, bronchite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, esiti di fratture ossee traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)? si no
Specificare natura dell'affezione, epoca di insorgenza, eventuali complicanze e disturbi correlati
- 13) Necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane o necessita di assistenza per alzarsi dal letto e correre, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o a spesa? si no
Precisare:
- 14) Nella sua attività professionale è esposto a rischi particolari? si no
(impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee elettriche con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cunicoli, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporto materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di peso superiore a 35 quintali ecc.)
Precisare:
- 15) Pratica attività sportive che rientrano, anche per tipologia, tra quelle di seguito elencate: alpinismo (escluso camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), sci d'alpinismo in solitaria o con guide, arrampicate su roccie, arrampicate su ghiaccio, scalate su ghiaccio, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kayak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, attività subacquee con profondità superiore a 10 metri, motorismo nautico o terrestre, pugilato e altre forme di boxe a livello professionale, sport estremi in genere (come ad esempio base jumping, rooftopping, paracadutismo, ecc.). si no
Precisare:
- 16) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio)? si no
Precisare:

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte fornite sono vere, corrette, 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 informazioni e le risposte fornite sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a produrre all'Impresa, in propria o in comune con la stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta ed è tenuto a corrispondere integralmente 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, e le persone alle quali l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa stessa comunicate ad altre Imprese assicuratrici e ai medici fiduciari.

Data _____ Assicurato _____

Intermediario _____
(per autenticità delle firme)



**

Agenzia: Numero Polizza:

Pag. 2 di 2

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)

