

## SaraTutelaVita Plus a premio unico

### Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale costante e premio unico

<b>Agenzia</b>									
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>					
	241		XX						
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)									
Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente									
Socio ACI: <b>SI</b> se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza									
Cognome e Nome					Sesso		Codice Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita					Prov.		Nazione
Indirizzo di residenza				CAP		Località		Prov. Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio		Cittadinanza			
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo		Data scadenza	Cellulare	e-mail		
Professione		Tipologia		Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.			

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

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

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e non alle comunicazioni successive alla presente scelta.

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

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

**POLIZZA N.**      **Agenzia**

**Sara Vita Spa**

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

**sara** 

## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONI DI BASE

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

Vengono inoltre garantite le prestazioni della seguente Assicurazione Complementare:  
INFORTUNI - Sez. B cap. 2 art. da 1 a 7, a fronte del **Premio Unico di Euro XXX**

Il **Premio Unico di Euro XXX**: comprensivo di **Euro XXX** a titolo di imposte, di cui **Euro XXX** relativo alla garanzia complementare infortuni, verrà corrisposto in unica soluzione al perfezionamento del contratto.

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

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 06/2018 e le condizioni di cui ai seguenti capitoli della Sez. B dello stesso modello:

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

Capitolo 2 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Infortuni

### Beneficiari in caso di morte

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: bonifico bancario, pagamento circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, o l'Intermediario espressamente in tale qualità.

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

### Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1446 e 1493 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta/Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e 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 di essere fuorilegge.

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

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

Ai sensi degli articoli 50 e 51 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione contrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi predetti e le 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 assicurativa effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco dei prodotti e comportamenti del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documenti relativi ai risultati degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1446 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

## POLIZZA N. Agenzia

### Sara Vita Spa

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



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

### Recesso dal contratto

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

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

### Consenso al trattamento dei dati personali

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

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

Assicurato \_\_\_\_\_ Contraente \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: l'Informativa (mod. V409 DV ed. 06/23), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 06/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V409 CdA ed. 06/23) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V409 PP ed.06/23).

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

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

Assicurato \_\_\_\_\_ Contraente \_\_\_\_\_

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

Il Direttore Generale



### Spazio riservato all'Intermediario

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

La sottoscrizione della polizza e il pagamento dei premi 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 riceve la polizza in nome e per conto del contraente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI\*\*\*V000000000000000000

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

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

sara 

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

**Intermediario**

**Assicurato**

Il contratto cui la presente proposta si riferisce, viene emesso sulla base di dichiarazioni riportate di seguito, appositamente rilasciate dall'Assicurato. Le informazioni di carattere sanitario che informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato stesso. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato, anche se per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle informazioni 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 stato di salute, a un relativo costo a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico fiduciario dell'Impresa.

**Attività Professionali**

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria: \_\_\_\_\_
- 2) Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, impianti elettrici, 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 trasportata maggiore di 35 quintali? si  no 
  - Se sì, indichi quali e con quale frequenza \_\_\_\_\_
- 3) Nella sua attività professionale utilizza o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere? si  no 
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 4) Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: alpinismo, sci, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? si  no 
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso o in preparazione conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? si  no 
  - Se sì, indichi luogo, motivi e periodo di permanenza \_\_\_\_\_

**Attività Sportive**

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (incluso camminate, 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? \_\_\_\_\_
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, delta, parapendio, biplano, aereo leggero, aliante, parapendio)? si  no 
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle elencate nei punti precedenti a livello agonistico o partecipa a relative gare? si  no 
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: Statura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_\_\_\_ kg
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, rosolia, scarlattina, difterite, pertosse, meningite, rinite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, diabete, diabete gestazionale, diabete post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no 
  - Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- 3) Negli ultimi 10 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, esami specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no 
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in 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, adenoidectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture e lussure semplici, deviazioni del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi di chirurgia plastica, chirurgia estetica) si  no 
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
  - Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si  no 
  - Se sì, indicare la motivazione, il nome del farmaco, il periodo di utilizzo e se sono stati effettuati esami ematochimici fuori dai normali valori di riferimento, e se rientrati nei limiti di normalità \_\_\_\_\_
- 6) E' fumatore? si  no 
  - Se sì, indicare se intende chiudersi, ma, nemmeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)   
• Quantità giornaliera di \_\_\_\_\_
- 7) Fa o ha mai fatto uso di alcoolici o superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no 
  - Quantità e periodo: \_\_\_\_\_
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no 
  - Tipo di sostanze e 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; non 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.

**Data** \_\_\_\_\_ **Assicurato** \_\_\_\_\_ **Intermediario** \_\_\_\_\_  
(per autenticità delle firme)

