

## SaraTutelaVita Plus a premio unico

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

<b>Agenzia</b>				<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>	
	243		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)					
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;  
 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 comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzia@saravita.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 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

### PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il capitale assicurato di Euro XXXXX diminuito di 1/XX del capitale stesso per quanti saranno gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso dell'Assicurato.

La prestazione di cui sopra viene garantita dietro il pagamento del **Premio Unico** di Euro XXX che verrà versato in un'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 cui sopra è pari all'apertura 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. 06/23 e le condizioni di cui ai seguenti articoli della Sez. B dello stesso modello:

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

Capitolo 2 - Condizioni Speciali per la garanzia complementare infortuni

### Beneficiari in caso di morte

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

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

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

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.

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 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, 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 fumatore

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 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 postcontrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle 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 svolta e svolta dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1905 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla proposta.

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 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, 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 versa 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

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informatica (Contrae. 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 compresi i comuni della società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informatica.

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

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i seguenti documenti: DIP VITA (mod. V409 DV ed. 06/23), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 06/23), Condizioni di Assicurazione, estensive 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 di aver accettato in tutto o in 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 sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni, sia l'assunzione del rischio che le condizioni Speciali per polizze assunte senza visita medica (carenza).

Contraente

Polizza emessa 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 richiesta, facente 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

