

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 | Suba |
| AGENZIA | |

| | | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------|-----------------|
| Proposta | Tariffa | Decorrenza | Durata | Scadenza |
| | | | VITA INTERA | ** |

Contraente - X persona fisica persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti alla rappresentante)

Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente

Socio ACI: **NO** se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza

| | | |
|----------------|-------|---------|
| Cognome e Nome | Sesso | 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 del presente contratto
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e ad ogni comunicazione successiva 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 assistenzaclienti@sara.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 | Data rilascio/rinnovo | Data scadenza | Cellulare | e-mail |
|-------------------|-----------------------|---------------|-----------|--------|

| | | |
|-------------|------------------------------------|---------------------|
| Professione | Sottogruppo attività cod./desc. | ATECO cod./desc. |
|-------------|------------------------------------|---------------------|

POLIZZA N. XXX Agenzia 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 10,00**.

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 12,00**, a fronte della corresponsione del **Premio Annuo di Euro 3,00**.

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 11,00**, a fronte della corresponsione del **Premio Annuo** pari ad **Euro 3,00**.

Il **Premio Annuo Netto** della prestazione di base di **Euro 5,00** verrà corrisposto, unitamente al **Premio Annuo Netto** delle prestazioni complementari di **Euro 6,00** in misura costante, con frazionamento **SEMESTRALE** in rate anticipate pari ad **Euro 1,00**.

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 5,00**.

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, assegno circolare, bonifico, deposito in conto corrente, o in un altro modo, in unito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, o in un altro modo, attraverso un altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, oppure 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 reticenti 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 dichiara la veridicità e l'attendibilità 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, comprese delle dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario e negli eventuali questionari complementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il proprio 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 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 delle regole di compensazione applicabili (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti delle valutazioni delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 13 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 1922 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la copertura del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

POLIZZA N. XXX Agenzia 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 l'importo del premio versato al netto delle imposte, per la componente relativa all' Assicurazione Complementare Infortuni, della parte di premio relativo al modo 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 e Assicurato_1.0).

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

Assicurato _____ Contraente _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: P.V. (mod. V411 DV ed. 10/23), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V411 D ed. 10/23), Condizioni di Assicurazione, comprese le Condizioni di Assicurazione Complementare Infortuni (mod. V411 CdA ed. 10/23) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V411 PP ed.10/23).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1362 e 142 del Codice Civile l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni, le limitazioni e l'assunzione di 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 fornite dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento del Premio di Euro _____ è stato _____ con registrazione il giorno _____ sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario _____

Firma dell'Intermediario (*) _____

Firma e timbro dell'Agenzia _____

(*) Firma dell'Intermediario ricevuta la _____ presente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSSI***V000000000000000000

POLIZZA N. XXX Agenzia 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. 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, ritenute veritiere 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 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 non trattata
- 2) Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche, invalidanti e/o rare oppure ha fatto richiesta per la stessa? 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? 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 bicchieri di liquori alcolici? 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 (analisi check-up o 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 centri di cura per interventi chirurgici, procedure invasive o si sottopone o si sottoporrà a interventi di chirurgia plastica? si no
Specificare natura dell'intervento, data, luogo, motivo (es. emorragia, ernia, tonsillite, tonsillectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazioni del setto nasale, rinoplastica, enucleazione post-traumatica, varicocele, 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, ecografie, TAC, RM o altro) da cui siano 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 altre terapie? si no
Specificare data, durata, motivo e risultato
- 12) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi (ad esempio: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)? si no
Specificare natura dell'affezione, epoca di insorgenza, eventuali complicanze e disturbi associati
- 13) Necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane (alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, servizi igienici, alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o a fare la spesa)? si no
Precisare:
- 14) Nella sua attività professionale è sottoposto a rischi (es. lavori in altezza, lavori in spazi ristretti, lavori in ambienti umidi, lavori con impalcature, tetti, tralicci, ponteggi, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere o in servizi di sicurezza pubblica o privata, utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporto di materiale infiammabile, esplosivo o tossico, oppure guida autocarri di portata maggiore di 35 quintali ecc.) si no
Precisare:
- 15) Pratica attività sportiva che rientra, per analogia, tra quelle di seguito elencate: alpinismo (escluso camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), alpinismo in elicottero con spedizioni extraeuropee, scalate su ghiaccio, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kayak, rafting, skeleton, salto con il paracadute, attività subacquee oltre 20 metri, motorismo nautico o terrestre, pugilato e altre forme di boxe a livello professionale, sport estremi in genere (come ad esempio: jump, freestyle, freerunning, bouldering, skydiving, sky surfing, skytapping, skytour). si no
Precisare:
- 16) Pratica attività sportive o aeronautiche in genere (es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio)? si no
Precisare:

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.

Data _____ **Assicurato** _____ **Intermediario** _____
(per autenticità delle firme)

