

SaraTutelaVita Plus

Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e a premio annuo costante

Agenzia					S...	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza		
242						
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono relativi al legale 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	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 per le 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 comunicazioni@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	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

PRESTAZIONI DI BASE

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

Vengono inoltre garantite le prestazioni delle seguenti **Assicurazioni Complementari:**

INFORTUNI - Sez. B cap. 2 art. da 1 a 6, a fronte del premio annuo di Euro

GARANZIA FAMIGLIA - Sez. B, Cap. 3, in caso di morte del Sig./Sig.ra nato/a il C.F. , a fronte di un premio annuo di Euro

INVALIDITA' - Sez. B, Cap. 4, a fronte del premio annuo di Euro

L'ultima rata di premio da corrispondere sarà quella con scadenza

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 riferita alla copertura del rischio morte è pari a **Euro**.

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 10/23 e le condizioni di cui ai vari 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 art. da 1 a 6

Capitolo 3 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Garanzia Famiglia

Capitolo 4 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Invalidità

Beneficiari in caso di morte

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, circolare o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; bonifico, 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 reticenti del 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 certificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 172 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 può rifiutare il proprio consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

L'Assicurato dichiara di essere fumatore.

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

L'Assicurato dichiara inoltre che il suo stato di salute sono rimaste immutate dalla data di sottoscrizione della presente Proposta/Polizza.

Ai sensi degli articoli 46 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, 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. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi dei risultati della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 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 1924 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione 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)

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, egli può recedere dal contratto 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 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 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 _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti VITA (mod. V409 DV ed. 10/23), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 10/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Condizioni Speciali (mod. V409 CdA ed. 10/23) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V409 PP ed.10/23).

Il Contraente dichiara di aver 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 1345 e 1346 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio di morte e di invalidità, sia l'articolo delle 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 fornite dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

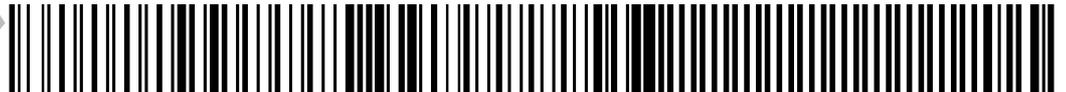
Il pagamento del Premio di Euro _____ è stato effettuato con registrazione il giorno _____ sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario _____

Firma dell'Intermediario (*) _____

Firma e timbro dell'Agenzia _____

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



AAAAMDDDOSSI***V00000000000000000000

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 

