

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 rese 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 nota e che rende 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 

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, ricompresi sia 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, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza e l'attendibilità 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 effettivo stato di salute, con 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, linee circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di 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 di portata maggiore di 35 quintali?
3) Nella sua attività professionale utilizza o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o nocive nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere?
4) Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche?
5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse?

Attività Sportive

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: alpinismo, canoa, canoa/kayak, canoa/camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kitesurfing, skydiving, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre?
2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, parapendio, aliante, parapendio)?
3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti o agonistico o partecipa a relative gare?

Questionario Sanitario

- 1) Indicare i valori della statura e del peso:
2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, febbre, rinite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, fratture traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)
3) Negli ultimi 10 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione?
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?
5) Assume o ha mai assunto farmaci?
6) E' fumatore?
7) Fa o ha fatto uso di alcolici o superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici?
8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte sopra fornite, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le informazioni 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, e 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)

