

SARADOPPIOVALORE**Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti e bonus a scadenza**

Agenzia	Subagenzia
----------------	-------------------

Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza
	230			

Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (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
-------------------------------------	------------------	------------------

Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail
-------------------	-------	-----------------------	---------------	-----------	--------

Professione	Tipologia	Sottogruppo attività	ATECO
		cod./desc.	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 proposta/polizza scelta.
 Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati esclusivamente 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	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail
-------------------	-------	-----------------------	---------------	-----------	--------

Professione	Tipologia	Sottogruppo attività	ATECO
		cod./desc.	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 

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 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 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'informativa.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP VITA (mod. V410 DV ed. 10/23), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V410 D ed. 10/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V410 CdA ed. 10/23) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V410 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 1314 e 1342 del Codice Civile, sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuenti le esclusioni e l'assunzione del rischio che le Condizioni Speciali per polizze assunte con la visita medica (carenza).

Assicurato

Contraente

Polizza emessa sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e Assicurato.

Segretario Generale

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato e dal Legittimo Rappresentante.

Il pagamento del Premio di Euro _____ è stato effettuato il _____ con regolamento n. _____ 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'identità del 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 

FAC-SIMILE

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 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, riguardanti 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 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 o 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? 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 oppure 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: aeronautiche, alpinistiche, 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 insurrezioni, atti di terrorismo o 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 (escluso camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, rafting, skeleton, 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, deltaplano, ultraleggero, alianti, parapendio)? si no
 - Se sì, quali? _____
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti a livello amatoriale? Partecipa a gare? si no
 - Se sì, quali? _____

Questionario Sanitario

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: cm _____ Kg _____
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite, otite, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, esiti di fratture post-traumatiche, patologie 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, visite specialistiche, TAC, risonanza, 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 o simili per motivi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a lungo termine moderati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, ernie, emicrania, ernie degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazioni del setto nasale, polipetti, tonsillectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, 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 sanitaria, il tipo di farmaco, il periodo di utilizzo e se gli eventuali esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti _____
- 6) E' fumatore? si no
 - (per Non Fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
 - Quantità giornaliera, periodo: _____
- 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? si no
 - Quantità giornaliera, periodo: _____
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si no
 - Tipo di sostanza, periodo: _____

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte 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, a propria discrezione e a propria responsabilità della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta ed è tenuto a regolarsi con 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, e le 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.

Data

Assicurato

Intermediario

(per autenticità delle firme)



