

**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                   |  |               |  | Cittadinanza        |  |            |  |         |  |
| Luogo di rilascio                                                                                                                                                                                                                               |  | Prov.            |  | Data rilascio/rinnovo              |  | Data scadenza |  | Cellulare           |  | e-mail     |  |         |  |
| Professione                                                                                                                                                                                                                                     |  | Tipologia        |  | Sottogruppo attività<br>cod./desc. |  |               |  | ATECO<br>cod./desc. |  |            |  |         |  |
| Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive al presente contratto :                                                                                                                                              |  |                  |  |                                    |  |               |  |                     |  |            |  |         |  |
| <input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza                                                                                                                 |  |                  |  |                                    |  |               |  |                     |  |            |  |         |  |
| <input type="checkbox"/> su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____                                                                                                                                                                |  |                  |  |                                    |  |               |  |                     |  |            |  |         |  |
| <input type="checkbox"/> 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 assistenza@saravita@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<br>cod./desc. |  |               |  | ATECO<br>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 malattie 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 IN CASO DI MORTE

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

## PRESTAZIONE IN CASO DI VITA

in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza di polizza verrà liquidato **un bonus di importo pari al** % della somma dei premi netti versati, a condizione che siano stati versati tutti i premi previsti.

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal pagamento del **Premio Annuo Netto** di **Euro** che verrà corrisposto in misura costante, per anni, con frazionamento in rate anticipate pari ad **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 maturate e corrisposta in vita è pari a **Euro** .

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V410 CdA ed. 01/25 e le condizioni di cui alle differenti tabelle della Sez. B dello stesso modello:

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

## Beneficiari in caso di morte

Nominativo

100,00%

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa vuole fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**

[illegible]

## Beneficiari in caso di vita

Nominativo

100,00%

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

Alla **data di perfezionamento** le modalità di pagamento per il prezzo sono **costante**

- |                                                           |                                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| - assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile | ordine di bonifico             |
| - altro mezzo di pagamento bancario o postale.            | carta di pagamento elettronica |

alle successive date di pagamento del premio annuo di € 1.000,00 - o rata di € 1.000,00

- **se scelto il frazionamento trimestrale, semestrale o annuale:** a scelta una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Qualsiasi sia la scelta della modalità di pagamento, i mezzi di pagamento devono essere intestati all'Impresa, ovvero all'Intermediario espressamente in tale qualità.

Nel caso in cui l'Intermediario non appartenga alla Rete Agenziale, le modalità di pagamento previste sono le seguenti:

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico all'Irpef sulla base del conto direzionale dedicato  
- **alle successive date di pagamento:** indipendente dalla periodicità, è previsto il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

**Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul Contraente.**

## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni e i criteri esatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere la prestazione.

**Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**

**L'Assicurato può chiedere la sottoposizione 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 artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni e i dati contenuti 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 la Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

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

**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 malattie 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)

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 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 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 degli esiti 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 annua rata del premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

### 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 quota parte 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 alla raccolta e all'uso 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.

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. V410 DV ed. 01/25), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V410 D ed. 01/25), Condizioni di Assicurazione, e l'insieme del Glossario (mod. V410 CdA ed. 01/25) e il Modulo di Proposta/Polizza in fac simile (mod. V410 PP ed. 01/25).

Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in tutta la loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile sia l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio che le Condizioni Speciali per polizze assunte senza visita medica (carezza).

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 apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento del Premio assicurativo è stato effettuato il \_\_\_\_\_ con registrazione il giorno \_\_\_\_\_ 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.



AAAAAMDDDOSSI\*\*\*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, verrà 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. La informiamo che ai sensi della Legge 7 dicembre 2023 n.193, che ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", Lei non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa ad eventuali patologie oncologiche dalle quali è guarito ai sensi di legge: si è considerati guariti qualora siano trascorsi 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia è insorta prima del 21° anno di età) dalla conclusione del trattamento attivo della patologia senza episodi di recidiva e ricadute. 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, 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, 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 (senza o con camminate, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kayak, rafting, sci, canoa, canoa-kayak, canoa con il trascinatore, 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, elicottero, mongolfiera)? si ☐ no ☐  
• Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? 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, sinusite, otite, asma, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, emicrania, trauma cranico, trauma ortopedico, trauma post-traumatico, non 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, ecografia, TAC, RM o 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 ospedale o in struttura sanitaria o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrapianti, trasfusione di sangue o di emoderivati? si ☐ no ☐  
(non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenotomia, ernioplastica, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicoccele, 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? (quantità 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 droghe o stupefacenti? si ☐ no ☐  
• Tipo di sostanza, periodo: \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara che le informazioni sopra fornite, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, o messo od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le informazioni sopra fornite sono 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, o a far produrre in propria proprietà, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa fornita e ad essere 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 hanno curato il suo ricovero, nonché le altre persone alle quali l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

Data

Assicurato

Intermediario

(per autenticità delle firme)



AAAAMDDQSASP\*\*\*\*V000000000000000000