sara vita
Società del Gruppo Sara

Sara Prenditi Cura

Contratto di Assicurazione Long Term Care - Assicurazione di rendita vitalizia posticipata in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

Condizioni di Assicurazione
comprensive di Glossario

redatte sulla base delle Linee Guida per i contratti SEMPLICI e CHIARI elaborate dal Tavolo tecnico ANIA, Associazioni Consumatori e Associazioni Intermediari

ultimo aggiornamento dei dati: **09/02/26**

Sara Vita Spa - Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma - Capitale Sociale Euro 76.000.000 i.v. registro Imprese Roma e C.F. 07103240581- REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003 Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n.1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative. Società del Gruppo assicurativo Sara iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it

i nostri CONTATTI:

Intermediario di riferimento:

- **nel caso appartenga alla rete agenziale Sara Vita (di seguito anche "rete agenziale"), l'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto è facilmente individuabile da www.sara.it/agenzie-network**
- **nel caso appartenga ad un diverso partner distributivo di Sara Vita rivolgersi direttamente all'Intermediario con cui intrattiene il rapporto**

Home Insurance e SaraConMe:

Per consultare e gestire in autonomia il proprio contratto assicurativo, Sara Vita mette a disposizione:

- **la *Home Insurance* - Area Personale**
- **la App *SaraConMe*.**

Nella sezione Area Personale presente in www.sara.it è possibile sia attivare l'account della Home Insurance che scaricare l'App SaraConMe

Assistenza Clienti:



numero verde 800.095.095 (dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 19.00)



indirizzo mail assistenza clienti



FAQ consulta le domande frequenti www.sara.it/faqs

Le comunicazioni di Sara Vita:

Le comunicazioni obbligatorie riguardanti il contratto possono essere inviate da Sara Vita:

- **tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente**
- **via posta ordinaria all'indirizzo di recapito indicato dal Contraente**
- **utilizzando la Home Insurance - Area Personale del Contraente.**

Il Contraente sceglie una delle tre modalità di comunicazione al momento della firma della Proposta/Polizza. Può anche cambiare la sua scelta nel corso del contratto.

Indice delle Condizioni di Assicurazione

GUIDA ALLA LETTURA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I - CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa pag. 3
Art. 2 - Contraente, Assicurato e Beneficiario pag. 3
Art. 3 - Caratteristiche del contratto pag. 3
Art. 4 - Prestazione pag. 3
Art. 5 - Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali pag. 4
Art. 6 - Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale pag. 4
Art. 7 - Definizione dello stato di non autosufficienza pag. 5
Art. 8 - Limiti di Età dell'Assicurato pag. 5

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art. 9 - Versamenti, costi e pagamenti pag. 6

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art. 10 - Entrata in vigore e conclusione del contratto pag. 7
Art. 11 - Durata pag. 7
Art. 12 - Recesso dal contratto pag. 7

PARTE IV - ESCLUSIONI, LIMITAZIONI, ASSUNZIONE DEL RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E *HOME INSURANCE*

Art. 13 - Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio pag.7
Art. 14 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato pag.9
Art. 15 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza pag.9

PARTE V - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Art. 16 - Comunicazioni, documentazione rilasciata dall'Impresa e *HOME INSURANCE* pag. 10
Art. 17 - Mancato pagamento del premio - sospensione pag. 11
Art. 18 - Ripresa del pagamento del premio - riattivazione pag. 12
Art. 19 - Risoluzione del contratto pag. 12
Art. 20 - Riscatto e Riduzione pag. 12

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art. 21 - Beneficiario pag. 12
Art. 22 - Pagamenti dell'Impresa pag. 12
Art. 23 - Foro competente pag. 13
Art. 24 - Legge applicabile al contratto pag. 13

GLOSSARIO pag. 14

CONFLITTO DI INTERESSI

RIFERIMENTI NORMATIVI

GUIDA ALLA LETTURA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CHE COS'È QUESTO CONTRATTO

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano **Sara Prenditi Cura** (di seguito anche "**contratto**") offerto da **Sara Vita Spa** (di seguito anche "**Impresa**").
Sara Prenditi Cura è un Contratto di Assicurazione sulla Vita in forma di Long Term Care - Assicurazione di rendita vitalizia posticipata in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

Il codice tariffa di **Sara Prenditi Cura** è **tar. 404**.

Per **Sara Prenditi Cura** è prevista la possibilità di sottoscrivere le **Assicurazioni Complementari Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale**

COME LEGGERE QUESTE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Nelle presenti Condizioni di Assicurazione, per rendere la lettura più semplice, ci sono **box di consultazione** divisi in:

sezioni di colore grigio: con informazioni che è importante tenere in considerazione

sezioni bordate di grigio: contengono informazioni utili o esempi numerici che chiariscono alcuni termini e dettagli del contratto

Sezioni bordate di arancione: contengono informazioni chiare sulle operazioni da fare se un partner di Sara Vita colloca il prodotto ma non fa parte della sua rete agenziale

Per ulteriori informazioni è sempre possibile rivolgersi all'Intermediario con il quale si è entrati in contatto.
Consultare il sito dell'Impresa **www.sara.it** , oppure consultare la app **SaraConMe**.

CONTATTI TRA IMPRESA E CONTRAENTE

Per quanto riguarda le informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Impresa:

- **comunica al Contraente, prima possibile e per iscritto, qualunque modifica dovesse intervenire durante il periodo di validità del contratto.**
  Queste modifiche possono riguardare anche le variazioni normative successive alla conclusione del contratto
- **risponde per iscritto alle richieste del Contraente che riguardano il contratto.**
  La risposta dell'Impresa deve arrivare al Contraente entro 20 giorni dal ricevimento delle richieste.

Per migliorare l'efficienza, è preferibile che il Contraente invii le richieste all'Intermediario con cui ha un rapporto.

PARTE I - PRESTAZIONE E CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Obblighi dell'Impresa

Gli obblighi dell'Impresa risultano:
- dalle presenti Condizioni di Assicurazione
- dalla Proposta/Polizza
- dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa.

Per qualsiasi questione non regolata dal contratto si seguono le leggi vigenti.

Art.2 - Contraente, Assicurato e Beneficiario

Le figure interessate al presente contratto sono:
- **Contraente**: la persona, che può essere fisica o giuridica, che stipula il contratto e deve pagare all'Impresa il premio annuo costante per tutta la durata del contratto
- **Assicurato**: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto
- **Beneficiario**: la persona, che può essere fisica o giuridica, che riceve la prestazione prevista dal contratto. **Sia per la prestazione per il caso di non autosufficienza totale dell'Assicurato che per le eventuali Assicurazioni Complementari facoltative Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale,** il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.

Il Contraente può coincidere con l'Assicurato e il Beneficiario.

Art.3 - Caratteristiche del contratto

Sara Prenditi Cura fa parte dei contratti di Long Term Care - Ramo IV. In caso di non autosufficienza dell'Assicurato garantisce una **rendita vitalizia mensile posticipata** - **di seguito rendita LTC**.
Il Contraente può attivare le seguenti **coperture complementari** che si affiancano alla prestazione principale:
- **Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali**
- **Assicurazione Complementare di non Autosufficienza Parziale**.

Tali coperture complementari sono:
- **facoltative**
- incluse dal Contraente **sia in fase di sottoscrizione del contratto che dopo**.

L'Impresa garantisce sia la prestazione principale che le eventuali prestazioni complementari.

Art.4 - Prestazione

Il presente contratto prevede che **nel caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza totale dell'Assicurato** durante la validità del contratto, l'Impresa riconosce al Beneficiario - che coincide sempre con l'Assicurato stesso - una **prestazione**:
- corrisposta **in forma di rendita vitalizia** in misura pari a quanto indicato in Proposta/Polizza
- pagata dall'Impresa, per tutta la vita, con frequenza **mensile** posticipata.

La **prestazione in caso di perdita totale di autosufficienza dell'Assicurato viene corrisposta** quando è riconosciuta **l'impossibilità dell'Assicurato di gestire da solo le attività elementari della vita quotidiana**.

Le **attività elementari della vita quotidiana** considerate sono:
- muoversi
- alzarsi e mettersi al letto
- vestirsi e svestirsi
- consumare cibi e bevande
- lavarsi, mantenere livelli adeguati di igiene personale (fare il bagno o la doccia)
- tenere sotto controllo le proprie funzioni fisiologiche, come quelle intestinali e urinarie.

La **prestazione di non autosufficienza totale viene corrisposta** al Beneficiario solo dopo che l'Impresa accerta e riconosce che l'Assicurato non può svolgere **4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana** sopra elencate.
Devono risultare valide le seguenti condizioni:
- contratto in regola con il pagamento dei premi annui costanti, o delle rate di premio
- non devono essere valide e applicabili le esclusioni e le limitazioni espressamente indicate al successivo Art.13 - **Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio**.

La prestazione viene erogata a partire dalla data in cui l'Impresa accerta e riconosce lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.
L'Assicurato può ricevere il riconoscimento dello stato di non autosufficienza solo dopo 90 giorni dalla presentazione della denuncia di sinistro. Questa denuncia deve essere completa di tutti i documenti richiesti.
Non appena riconosciuto lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte dell'Impresa, decorre la prestazione di rendita LTC e il pagamento della stessa.

Dal momento in cui si denuncia il sinistro fino al 90° giorno dopo, l'Impresa non fornisce alcuna prestazione. Il Contraente continua a pagare il premio o le rate di premio dovute fino a quando l'Impresa conferma lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

In base alle proprie esigenze di protezione, il Contraente stabilisce, al momento della sottoscrizione del contratto, l'adeguato ammontare della **rendita LTC**.
La **rendita vitalizia mensile posticipata** è compresa tra un **minimo di Euro 500** e un **massimo di Euro 3.000**.
L'Impresa determina il **premio annuo costante** in base all'importo della rendita LTC scelta dal Contraente. Il Contraente deve pagare questo premio vita natural durante.

L'importo del premio annuo costante è comprensivo del caricamento percentuale ed è determinato sulla base di due elementi specifici quali:

- **ipotesi demografiche**: la probabilità di non autosufficienza è calcolata in base all'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto
- **ipotesi finanziarie**.

Basandosi su queste ipotesi, l'Impresa stabilisce un tasso di premio. Questo tasso moltiplicato per la rendita vitalizia mensile posticipata dà come risultato il premio annuo costante.
L'Impresa stabilisce questo sovrappremio dopo aver considerato le condizioni di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato**.**

Le basi statistiche usate per la determinazione del premio annuo costante possono essere riviste dall'Impresa ad intervalli non inferiori a 5 anni.
Le analisi realizzate, in linea con dati verificabili estratti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni su portafogli assicurativi, devono dimostrare un vero aumento dei tassi di sinistrosità tale da richiedere cambiamenti delle basi statistiche stesse.

In base a quanto illustrato sopra, l'Impresa ha la facoltà di rivedere il premio ogni cinque anni per tutti i contratti emessi alle stesse condizioni.
Se il Contraente non accetta l'aumento del premio, può richiedere il ricalcolo della prestazione assicurata. Il ricalcolo avviene moltiplicando l'importo della rata di rendita vitalizia mensile posticipata per il rapporto tra il premio attuale e il premio adeguato.

Esempio: come si individua il premio annuo costante fissata la rendita vitalizia mensile posticipata
si **ipotizzi** quanto segue:

età dell'Assicurato alla decorrenza: **40 anni**	rendita vitalizia mensile posticipata scelta al momento della sottoscrizione del contratto, pari a **Euro 1.500**

di conseguenza, il **premio annuo costante** che il Contraente deve pagare per avere una rendita vitalizia mensile posticipata di Euro 1.500 è di **Euro 622**.

ATTENZIONE: le ipotesi sottostanti gli esempi numerici proposti - qui e nei successivi box - sono da considerarsi assolutamente indicative e soprattutto funzionali ad illustrare l'argomento trattato. Di conseguenza non impegnano in alcun modo l'Impresa.

Art.5 - Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali

Nella fase di sottoscrizione del contratto, il Contraente può **attivare l'Assicurazione Complementare Opzioni Spese Speciali**. Se l'Assicurato non è più autosufficiente, riceve - salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** di cui all'Art.13 - una prestazione aggiuntiva in capitale una tantum di **Euro 20.000**.
L'Impresa fornisce la prestazione a decorrere dalla data in cui riconosce che l'Assicurato è non autosufficiente.
La data in cui si riconosce lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato non può essere prima del 90° giorno dalla data di presentazione della denuncia di sinistro.
È necessario che la denuncia sia completa di tutti i documenti richiesti.
Non appena riconosciuto lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte dell'Impresa, decorre l'Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali e il pagamento del capitale previsto per la stessa.

Art.6 - Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente ha la possibilità di attivare l'**Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale**. Se **l'Assicurato non può più svolgere 3 delle 6 attività elementari della vita quotidiana**, ottiene - salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** di cui all'Art.13 - **una prestazione aggiuntiva in capitale** in forma una tantum, che ammonta a **Euro 10.000.**

Anche in questo caso la prestazione viene erogata a decorrere dalla data di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza parziale dell'Assicurato.
La prestazione viene erogata anche in caso di riconoscimento da parte dell'Impresa dello stato di non autosufficienza totale dell'Assicurato.
Lo stato di non autosufficienza parziale dell'Assicurato è riconosciuto non prima che siano trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro. È necessario che la denuncia sia completa di tutti i documenti richiesti.

Non appena riconosciuto lo stato di non autosufficienza parziale dell'Assicurato da parte dell'Impresa, decorre l'Assicurazione Complementare di Non Autosufficienza Parziale e il pagamento del capitale previsto per la stessa.

Art.7 - Definizione dello stato di non autosufficienza

Si considera l'Assicurato in **stato di non autosufficienza totale quando non può svolgere in autonomia almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana** , anche utilizzando apparecchiature speciali e senza necessità di assistenza continua da parte di una terza persona, in modo permanente e irreversibile.
Le attività sono:

- **muoversi**: l'Assicurato può muoversi dentro casa, su superfici piane, con l'aiuto di un bastone, una stampella, una sedia a rotelle e altro
- **alzarsi e mettersi a letto**: l'Assicurato si muove facilmente dal letto alla sedia e viceversa senza bisogno di aiuto da parte di un'altra persona
- **vestirsi e svestirsi**: l'Assicurato può vestirsi e svestirsi da solo, in modo giusto, dalla testa ai piedi. Può anche mettere e togliere eventuali protesi ortopediche senza l'aiuto di un'altra persona. Tuttavia, non si considera importante la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze
- **consumare cibi e bevande**: l'Assicurato può mangiare e bere cibo preparato da altri senza bisogno di aiuto. Può usare posate e recipienti per bere che sono idonei. Egli sa tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottire.
- **lavarsi**: l'Assicurato può lavarsi da solo dalla testa ai piedi e mantenere un buon livello di igiene personale, senza bisogno di stimoli esterni
- **mantenere il controllo delle proprie funzioni fisiologiche (intestinali e urinarie)**: l'Assicurato sa gestire le funzioni corporali, cioè espletare con sufficiente livello di igiene senza necessità di aiuto da una terza persona. Questo indica che l'Assicurato può gestire i propri bisogni in maniera autonoma. Tuttavia, la definizione non comprende la totale continenza urinaria (è normale nelle persone anziane avere una leggera incontinenza urinaria).

Inoltre, se l'incapacità di svolgere le attività della vita quotidiana è di origine neuropsichica, essa va accertata da un medico psichiatra o neurologo tramite un punteggio inferiore a 15 risultante dal Mini Mental State test di Folstein.
Viene anche **riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso** in cui all'Assicurato venga diagnosticata attraverso specifici test una patologia nervosa o mentale di tipo organico, per esempio il morbo **di Parkinson o il morbo di Alzheimer**. Questo stato richiede l'assistenza continua di una terza persona per compiere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana.
L'Impresa è responsabile dell'accertamento e del riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza. Questo procedimento si basa sull'esame della documentazione prevista nell'Art.15.

Art.8 - Limiti di età dell'Assicurato

Il contratto prevede dei limiti di età dell'Assicurato. Di seguito si illustrano tali limiti:

età dell'Assicurato	
età minima alla data di sottoscrizione	**età massima alla data di decorrenza**
18 anni (età anagrafica)	75 anni (età assicurativa)

Per età si intende l'età assicurativa. Questa si ottiene assumendo che l'Assicurato resti della stessa età nei 6 mesi prima e dopo il suo compleanno.
Per quanto riguarda l'età minima, l'Assicurato deve essere maggiorenne alla data di decorrenza. Pertanto, i 18 anni si considerano come età anagrafica e non assicurativa.
I limiti di età sono validi sia per la prestazione principale che per quelle complementari.

Esempio: come si individua l'età assicurativa

età anagrafica		età assicurativa
45 anni, 3 mesi e 15 giorni	→	45 anni
45 anni, 6 mesi e 15 giorni	→	46 anni

PARTE II - VERSAMENTI, COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Art.9 - Versamenti, costi e pagamenti

La **prestazione principale** e le **Assicurazioni Complementari sono garantite** con il pagamento da parte del Contraente del premio annuo di importo costante riportato in Proposta/Polizza.

Prestazione Principale

Il premio annuo costante per **Sara Prenditi Cura** deve essere corrisposto vita natural durante.
È possibile **frazionare** il premio annuale in rate semestrali, trimestrali e mensili.
Il Contraente può chiedere all'Impresa di **modificare il frazionamento del premio**.
Per fare ciò, è necessario comunicare la decisione almeno 3 mesi prima della data di ricorrenza annua del contratto.

Ciascun importo viene corrisposto:
- **prima delle scadenze pattuite**, dovuto quindi all'inizio del periodo assicurativo a cui si riferisce
- **in misura costante**
- **non oltre l'anno assicurativo** (o la ricorrenza semestrale, trimestrale o mensile in base alla scelta del frazionamento) in cui si verifica il riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza dell'Assicurato.

Il premio annuo costante è determinato in base a:
- rendita vitalizia mensile posticipata scelta dal Contraente
- età dell'Assicurato
- stato di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato
- Assicurazioni Complementari prestate.

A proposito del premio annuo costante, il Contraente deve versare l'importo dovuto alla data di perfezionamento del contratto. Deve comunque pagare l'intero primo premio annuale (anche in caso di frazionamento).
In caso contrario il contratto si interrompe. I premi annui costanti, o le rate di premio, già pagati restano all'Impresa.

Assicurazioni Complementari

Con la stessa cadenza di pagamento del premio annuo costante della prestazione principale, relativa a **Sara Prenditi Cura**, si pagano i premi annui costanti per ogni Assicurazione Complementare scelta.
In caso di frazionamento, si applicano gli stessi interessi di frazionamento stabiliti per la prestazione principale.
I premi annui costanti, o le rate di premio annue costanti, delle Assicurazioni Complementari si sommano ai premi della prestazione principale.

costi da applicare al premio annuo costante della prestazione principale e delle Assicurazioni Complementari

Ogni premio annuo costante, o rata di premio, sia per la prestazione principale sia per le singole Assicurazioni Complementari, si considera al lordo:
- del **caricamento percentuale**, pari al **15%** da applicare ad ogni premio annuo costante o rata di premio
- dell'eventuale interesse per il frazionamento che si applica su ogni rata e che ammonta a:
  - **1,5%** in caso di scelta semestrale
  - **2,0%** in caso di scelta trimestrale
  - **2,5%** in caso di scelta mensile

modalità di pagamento

Se l'Intermediario appartiene della rete agenziale Sara Vita, il Contraente deve versare all'Impresa ogni anno il premio annuo costante - o la rata di premio - usando uno dei seguenti mezzi di pagamento, a condizione che sia intestato all'Impresa o all'Intermediario:
- **alla data di perfezionamento**:
  - ordine di bonifico
  - sistema di pagamento elettronico
  - altro mezzo di pagamento bancario o postale
  - assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità
- **alle successive date di pagamento del premio annuo costante - o rata di premio:**
  - **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
  - **se scelto il frazionamento mensile**: il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Nel caso in cui l'Intermediario non sia parte della rete agenziale Sara Vita, si prevedono le seguenti modalità di pagamento:
- **alla data di perfezionamento:** è necessario fare un ordine di bonifico all'Impresa sul conto direzionale dedicato.
- **alle successive date di pagamento - premio annuo costante o rata di premio -** qualunque sia la periodicità, c'è il **solo addebito diretto SEPA** sul conto corrente del Contraente - SDD.

Se l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD - non vada a buon fine per motivi non collegati all'Impresa, essa avvisa il Contraente. In tal caso, indica che l'importo non pagato e gli importi successivi - premio annuo o rata di premio - devono essere versati all'Intermediario con cui il Contraente intrattiene il rapporto.
Infine, a giustificazione del mancato pagamento, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza.

Nel caso in cui l'Intermediario non sia parte della rete agenziale Sara Vita la modalità di pagamento prevista è l'ordine di bonifico all'Impresa sul conto direzionale dedicato.

Il Contraente può effettuare il pagamento dei premi successivi a quelli di perfezionamento anche all'interno della propria Area Personale, oppure utilizzando l'app SaraConMe.
In questi casi, il Contraente deve disattivare l'opzione addebito diretto SEPA prima di poter fare il pagamento nell'Area Personale o nell'app SaraConMe.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul Contraente.
Non è ammesso in alcun caso il pagamento in contanti.

PARTE III - INIZIO, DURATA E TERMINE DEL CONTRATTO

Art.10 - Entrata in vigore e conclusione del contratto

Il contratto si intende **perfezionato e concluso** nel momento in cui avvengono entrambi gli eventi qui elencati:
- la sottoscrizione della Proposta/Polizza da parte del Contraente
- il pagamento del premio annuo costante di perfezionamento - o rata di premio - versato dal Contraente.

Nel caso in cui nella Proposta/Polizza ci sia una data di decorrenza successiva al giorno di conclusione, **il contratto sarà valido dalle ore 24 della data di decorrenza indicata**. Se l'Assicurato muore tra la data di perfezionamento e la data di decorrenza del contratto, l'Impresa restituisce al Contraente l'importo pagato.
È necessario presentare all'Impresa il certificato di morte.

Art.11 - Durata

La durata del presente contratto - intendendosi con essa l'arco di tempo durante il quale sono in vigore le prestazioni - coincide con la vita dell'Assicurato. La suddetta durata cosiddetta a Vita Intera è valida sia per la prestazione di base (rendita vitalizia mensile posticipata) che per le Assicurazioni Complementari Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale.

Art.12 - Recesso dal contratto

Il Contraente può decidere di recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di conclusione dello stesso, come spiegato all'Art.10.
Il Contraente deve comunicare la sua decisione all'Impresa:
- con lettera raccomandata A/R - indirizzata a **Sara Vita Spa -** Via Po 20, 00198 Roma
- con mail indirizzata a Sara Vita tramite pec: saravita@sara.telecompost.it
- contattando l'Intermediario con cui si mantiene il rapporto.

Il Contraente deve indicare gli elementi identificativi del contratto e firmare la richiesta, qualunque sia la tipologia di comunicazione.
Con il recesso, il Contraente e l'Impresa si liberano da qualsiasi obbligazione futura legata al contratto. Il recesso ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui si invia la comunicazione di recesso. Per la data di recesso fa fede il timbro postale di invio.
Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del recesso, l'Impresa deve rimborsare al Contraente un importo che corrisponde al versamento fatto. Il rimborso non include la parte relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto in riferimento al rischio corso.

PARTE IV - ESCLUSIONI, LIMITAZIONI, ASSUNZIONE RISCHIO, COMUNICAZIONI, DOCUMENTAZIONE E *HOME INSURANCE*

Art.13 - Esclusioni, limitazioni e assunzione del rischio

Esclusioni
Il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato è coperto, qualunque sia la causa e senza limiti territoriali.
Il Beneficiario, che coincide sempre con l'Assicurato, non riceve la prestazione prevista nel contratto. Questo succede se la causa della non autosufficienza era già presente al momento della sottoscrizione e non è stata rivelata all'Impresa.

È **escluso dalle garanzie** la non autosufficienza causata da:

- **dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi**
- **tentato suicidio dell'Assicurato, lesioni o malattie provocate di proposito, uso di allucinogeni, uso non medico di sostanze stupefacenti, alcolismo acuto o cronico**
- **contaminazione radioattiva**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, - salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano - **insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo**
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio
- **omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato**
- **disturbi mentali di origine non organica (es: psicosi, nevrosi, sindromi ansioso depressive)**
- **disordini che si verificano in qualsiasi Paese con stato di guerra dichiarato**, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. In questo caso, la garanzia dura per il periodo massimo previsto dalle Autorità Italiane per l'evacuazione.

Per i casi sopra elencati l'Impresa corrisponde:

- **in caso di non autosufficienza causata da dolo del Contraente o del Beneficiario: nessun pagamento**
- **se la non autosufficienza non deriva da dolo del Contraente o del Beneficiario, viene corrisposto un importo pari alla somma dei versamenti effettuati fino alla data di non autosufficienza dell'Assicurato.**

Limitazioni - Carenza

È previsto un periodo di **carenza** di:

- **1 anno dall'entrata in vigore del contratto** nel caso di **non autosufficienza causata da malattie diversa da Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica**
- **3 anni dall'entrata in vigore del contratto** nel caso di **non autosufficienza a seguito della malattia di Alzheimer o di similari demenze senili invalidanti di origine organica.**

L'Impresa non applica entro 1 anno dall'entrata in vigore del contratto la limitazione sopra indicata - pertanto la somma da essa dovuta è pari all'intera rendita vitalizia mensile posticipata - **qualora la non autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio** avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la non autosufficienza.

Se valgono le condizioni di carenza sopra menzionate, e se la non autosufficienza dell'Assicurato avviene nel primo anno per causa diversa da infortunio e per malattia diversa da Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, o entro i 3 anni dall'entrata in vigore del contratto per l'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, l'Impresa non garantisce al Beneficiario la rendita vitalizia mensile posticipata indicata in Proposta/Polizza. Restituisce invece l'importo versato dal Contraente al netto dell'eventuale interesse di frazionamento.

Assunzione del rischio

L'Impresa deve sempre ottenere informazioni sull'Assicurato relative alle sue:

- condizioni di salute
- abitudini di vita
- attività professionali e sportive (sia amatoriali che professionali) dell'Assicurato.

Le informazioni di base si trovano nel **questionario Long Term Care**. Questo questionario fa parte della Proposta/Polizza.

Per il presente contratto sia in caso di assunzione senza visita medica che con visita medica, è sempre previsto il periodo di carenza sopra indicato.
Si concorda che se l'Assicurato diventa non autosufficiente durante il periodo di carenza ed è in regola con il pagamento dei premi, l'Impresa corrisponde - al posto della rendita vitalizia mensile posticipata - una somma pari al premio annuo costante versato, o alle rate di premio nel caso di frazionamento, al netto di eventuali interessi di frazionamento.

Assunzione senza visita medica

A fronte di determinate condizioni riportate di seguito, per emettere il contratto l'Impresa necessita solo della compilazione del questionario di cui sopra per emettere il contratto. L'Impresa assume il contratto senza fare alcun preventivo accertamento sulle condizioni di salute dell'Assicurato e quindi non richiede allo stesso:

- la visita medica
- gli accertamenti sanitari.

Il contratto viene emesso senza visita medica e senza alcun accertamento sanitario se entrambe le seguenti condizioni sono vere: **l'importo della rendita vitalizia mensile posticipata è di massimo Euro 2.000 e/o l'Assicurato ha un'età di 65 anni o meno. In questo caso, serve solo compilare un questionario Long Term Care.**
Per età dell'Assicurato si intende l'età assicurativa.

Assunzione con visita medica e accertamenti sanitari

In caso contrario serve un accertamento preventivo delle condizioni di salute con visita medica presso il proprio medico di famiglia e accertamenti sanitari.
Il contratto viene emesso con visita medica se sono valide entrambe le condizioni seguenti: **l'importo della rendita vitalizia mensile posticipata supera i 2.000 Euro** e/o **l'Assicurato ha più di 65 anni**. In questo caso, si deve compilare **un questionario Long Term Care** e **effettuare un preventivo accertamento delle condizioni di salute con visita medica** e accertamenti sanitari.
Possono essere previsti:

- **sovrappremi** ed **esclusioni** che si applicano a causa di situazioni riguardanti le attività professionali e sportive (sia amatoriali che professionali) dell'Assicurato
- **sovrappremi** a seguito di circostanze relative alle abitudini di vita e alle condizioni di salute dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Impresa decida che le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato siano tali da:

- applicare sovrappremi, il Contraente riceve una comunicazione sull'incremento dell'importo del premio. Il contratto si stipula solo se il Contraente accetta questo sovrappremio
- escludere dalla garanzia la non autosufficienza causata dalla pratica di quella determinata attività: il Contraente riceve notizia dell'esclusione. Il contratto si stipula solo se il Contraente accetta questa esclusione.

Art.14 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Dichiarazioni non corrette e incomplete da parte del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono far perdere il diritto alla prestazione assicurativa e causare la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto stabilito dagli Artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In ogni caso anche l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione.

In caso di dichiarazioni non corrette e incomplete che avrebbero potuto comportare da parte dell'Impresa - se fosse venuta a conoscenza delle corrette informazioni - una valutazione del rischio tale da non consentire la sottoscrizione del contratto, ovvero da consentirla a condizioni diverse, l'Impresa - venuta a conoscenza delle corrette informazioni - può adottare provvedimenti diversi a seconda che abbia o meno accertato il dolo o la colpa grave.

La tabella che segue mostra i diversi provvedimenti che l'Impresa può scegliere dopo gli accertamenti:

accertamento o meno del dolo, ovvero della colpa grave	**provvedimenti che l'Impresa può adottare**	
caso in cui sia stato accertato il dolo o la colpa grave	**annullare il contratto entro tre mesi** dalla data in cui si è appreso della dichiarazione non corretta e incompleta	**non si ha alcuna prestazione** in caso di non autosufficienza mentre il contratto è attivo
caso in cui NON sia stato accertato il dolo o la colpa grave	**rescissione del contratto** deve avvenire **entro 3 mesi** dal giorno in cui si è appreso della dichiarazione non corretta e incompleta	**si verifica una riduzione della prestazione** in relazione al maggior rischio**.** Questo succede in caso di non autosufficienza dell'Assicurato mentre il contratto è attivo

Art.15 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Denuncia dello stato di non autosufficienza
Quando si verifica l'evento assicurato, l'Assicurato o il Contraente devono fornire all'Impresa tutti i documenti necessari per accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato. L'avente diritto è sempre l'Assicurato.

La documentazione da consegnare è la seguente:

- **copia della relazione del medico curante** (medico di famiglia) **che attesta lo stato di non autosufficienza** dell'Assicurato. Include le cause della perdita di autosufficienza. La relazione deve essere compilata, se possibile, con l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa
- **copia fronte-retro di un documento di identità valido dell'Assicurato**.

La data di denuncia dello stato di non autosufficienza è la stessa data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa. Tale documentazione è necessaria per accertare lo stato di non autosufficienza
Da questa data inizia il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte dell'Impresa.

Accertamento dello stato di non autosufficienza
L'Impresa deve accertare lo stato di non autosufficienza.

Resta inteso che, **al fine di consentire all'Impresa l'accertamento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato dovrà**:

- **sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici** (anche a domicilio) disposti dall'Impresa
- **fornire all'Impresa ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza o della causa dello stato di non autosufficienza stesso.**

Dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza, decorre **il periodo di accertamento da parte dell'Impresa**, che in ogni caso **non può essere inferiore ai 90 giorni.**
L'Impresa, ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, ha la possibilità di chiedere all'Assicurato o al Contraente, se non è lo stesso Assicurato, ulteriore documentazione medica per le verifiche necessarie. Così facendo, sospende il termine temporale indicato.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Ultimati i controlli medici, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato, o a chi per lui, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.
Se il periodo di accertamento richiede più di 90 giorni, la prima rata di rendita LTC liquidata sarà aumentata degli interessi legali.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza produce i seguenti effetti:

- l'Assicurato può percepire la rendita LTC e i capitali delle Coperture Complementari se sono stati sottoscritti.
- la fine dell'obbligo del Contraente di pagare il premio annuo costante per la copertura di non autosufficienza e delle Coperture Complementari.
- la restituzione di eventuali premi per la prestazione di non autosufficienza e delle Coperture Complementari pagati nel periodo compreso tra la denuncia dello stato di non autosufficienza e il riconoscimento dello stesso.

Rivedibilità dello stato di non Autosufficienza

Se lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato viene meno, l'Assicurato, o chi per lui, deve informare l'Impresa con una comunicazione scritta. Questa comunicazione deve essere inviata entro 30 giorni dal momento in cui è stato accertato lo stato di autosufficienza.
In ogni caso, l'Impresa può, a proprio totale carico, fare controlli sanitari regolari sullo stato di salute dell'Assicurato. Può anche richiedere ogni documento necessario per valutare se l'Assicurato è ancora in stato di non autosufficienza.
In caso di rifiuto da parte di quest'ultimo di sottoporsi agli accertamenti di cui sopra, è facoltà dell'Impresa sospendere l'erogazione della prestazione in rendita vitalizia mensile posticipata fino all'avvenuto accertamento.
Quando l'accertamento dimostra che l'Assicurato è tornato autosufficiente, l'Impresa smette di pagare la rendita vitalizia mensile posticipata. Di conseguenza, la copertura assicurativa termina.

Art.16 - Comunicazioni, Documentazione rilasciata dall'Impresa e *HOME INSURANCE*

comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato con l'Impresa

Affinché l'Impresa possa valutare l'eventuale aggravamento del rischio assunto, l'Assicurato o il Contraente devono informare l'Impresa su ogni cambiamento di professione e sulle attività sportive dell'Assicurato intervenute in corso di contratto, che ne modifichino il rischio.
Nel caso in cui si verifichi l'evento, l'Assicurato o il Contraente devono comunicare e fornire all'Impresa tutta la documentazione utile per verificare e accertare se l'Assicurato è in uno stato di non autosufficienza.
Le modalità di comunicazione con l'Impresa sono:

- contattando l'Intermediario con cui si ha in corso il rapporto assicurativo
- via posta (indirizzata a Sara Vita - Via Po, 20, 00198 Roma ovvero all'Intermediario)
- via e-mail a: direzionevita.portafoglio@sara.it (nei casi in cui l'Intermediario non appartenga alla rete agenziale la mail a cui indirizzare le proprie comunicazioni è portafoglio.bancassicurazione@sara.it)
- via PEC: saravita@sara.telecompost.it.

Comunicazioni dell'Impresa al Contraente

L'Impresa informa **in modo chiaro e per iscritto** il Contraente su ogni variazione delle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione.
Questo avviene anche a causa di modifiche nella **normativa che si verificano nel corso della durata del contratto**.

L'impresa risponde a eventuali richieste scritte del Contraente riguardo al contratto entro 20 giorni dalla ricezione delle stesse.

Le modalità di comunicazione dell'Impresa sono:

- **invio di e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente**
- **invio per posta ordinaria all'indirizzo fornito dal Contraente**
- **pubblicazione nell'Area Personale del Contraente nella Home Insurance.**

Il Contraente decide tra le tre modalità di comunicazione al momento della firma della Proposta/Polizza.
Può anche cambiare la sua scelta nel corso del contratto.
Per una maggior efficienza si raccomanda il Contraente di inviare le richieste all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Durante l'erogazione della rendita vitalizia mensile posticipata, l'Impresa ha il diritto di chiedere ogni anno (ogni 12 mesi) l'esibizione di un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato.
Il rifiuto di esibire la documentazione comporta la sospensione dell'erogazione della rendita stessa.

documentazione rilasciata dall'Impresa al Contraente
L'Impresa attraverso l'Intermediario cui è collegato il contratto, rilascia al Contraente:
- la **Proposta/Polizza**, consegnata - a fronte del versamento del premio annuo costante o rata di premio - al momento della sottoscrizione del contratto. Il documento indica, tra le altre cose, il numero di Polizza, la rendita LTC e la data di decorrenza del contratto
- il **questionario LTC, che parte integrante della Proposta/Polizza**
- la **quietanza**, consegnata a seguito del pagamento di ogni premio annuo costante o rata di premio successivo. È consegnata solo se la modalità di pagamento prescelta dal Contraente sia diversa dall'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD. In essa si trova, tra le altre, la data del versamento.

Questi documenti risultano essere parte integrante del contratto.

Entro il 28 febbraio di ogni anno, l'Impresa fornisce al Contraente il Documento unico di rendicontazione. Tale Documento offre dati e informazioni riguardanti il periodo di riferimento.
In particolare, nel Documento unico di rendicontazione vengono indicati:
- **il cumulo dei versamenti effettuati nell'anno precedente**
- **l'ammontare della quota parte detraibile**
- **l'importo della rendita LTC.**

***HOME INSURANCE*: Area Personale per consultare e gestire il contratto**
Il Contraente può consultare e gestire il proprio contratto in modo semplice usando:
- l'**Area personale**
- l'App **SaraConMe**.

L'**Area personale** è raggiungibile dal sito www.sara.it. Le operazioni possibili sono:

consente la gestione dei rapporti contrattuali. È possibile effettuare in autonomia almeno le seguenti operazioni: →	• richiesta di modifica dei propri dati personali • richiesta di pagamento del premio successivo a quello di perfezionamento

permette di consultare anche le seguenti informazioni e documenti: →	• coperture assicurative in essere
	• condizioni contrattuali sottoscritte
	• stato dei pagamenti
	• riguardo a ciascun Beneficiario:
	  ◦ il nominativo e i dati anagrafici
	  ◦ il codice fiscale e/o la partita IVA, sia italiani che esteri
	• i recapiti, compresi quelli di posta elettronica.

Il Contraente può anche ricevere altri dati utili oltre a queste informazioni, così da avere un'informazione chiara e adattata alle sue esigenze.

Infine, nell'Area Personale il Contraente trova tutti i documenti e le comunicazioni che l'Impresa deve inviare per seguire gli obblighi informativi del contratto.
Oltre alla propria Area Personale è possibile consultare anche la app SaraConMe.
In essa è possibile eseguire le stesse operazioni previste per l'Area Personale.
Questi documenti e comunicazioni sono facilmente archiviabili su supporto durevole.

PARTE V - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, RIATTIVAZIONE E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Art.17 - Mancato pagamento del premio - sospensione
Il mancato pagamento di un premio - annuo o rata di premio - determina la **sospensione del contratto** che:
- **inizia** trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza pattuita del pagamento
- **termina** alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento
- viene prevista anche per le Assicurazioni Complementari, se attive.

Durante il periodo di sospensione, non è prevista alcuna prestazione.

Quando termina il periodo di sospensione, il contratto si risolve (rescissione) e i premi versati restano di proprietà dell'Impresa, salvo quanto previsto in caso di Riduzione della prestazione.

Art.18 - Ripresa del pagamento del premio - riattivazione

Nel periodo di sospensione del contratto, quindi nei 12 mesi in cui non si paga il premio - annuo o rata di premio:

- **entro sei mesi dopo la scadenza del primo premio - annuo o rata di premio - non pagato**, il Contraente può riattivare il contratto.
- **nei mesi successivi (fino alla prima prima ricorrenza annua del mancato pagamento del premio)**: il Contraente può richiedere all'Impresa di riattivare il contratto. L'Impresa ha il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decide sulla riattivazione del contratto, considerando il loro esito. Il contratto si riattiva solo con l'approvazione scritta dell'Impresa.

In caso di riattivazione il contratto - che nell'intervallo di tempo rimane sospeso nei suoi effetti - entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati - annui o rate di premio - e dei relativi interessi legali.

La riattivazione del contratto, che era stato rescisso a causa del mancato pagamento dei premi ripristina la prestazione assicurativa ai valori contrattuali che si sarebbero avuti se non ci fosse stata l'interruzione del pagamento dei premi.
È possibile richiedere di riattivare il contratto anche nella propria **Area Personale** ovvero utilizzando l'app **SaraConMe.**

Art.19 - Risoluzione del contratto

Il contratto **si estingue** soltanto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso
- interruzione del pagamento dei premi senza riattivazione nei tempi stabiliti
- decesso dell'Assicurato in corso di contratto.

Art.20 - Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede riscatto.
Il contratto stabilisce che, dopo il pagamento di **8 annualità di premio**, si matura il **diritto alla riduzione** della prestazione di rendita vitalizia mensile posticipata.

In caso di riduzione, il Contraente può interrompere il pagamento dei premi successivi.
La copertura assicurativa resta in vigore con una prestazione ridotta "vita natural durante".
Il valore ridotto della rendita vitalizia mensile posticipata e dell'eventuale prestazione in capitale riconducibile alle assicurazioni complementari Opzione Spese Speciali e Non Autosufficienza Parziale, è calcolato riproporzionando il valore in base al rapporto tra i premi pagati e quelli previsti da pagare. Questo si basa sull'ipotesi che l'Assicurato raggiunga l'età di 90 anni.
Nel caso in cui l'Assicurato abbia già compiuto 90 anni e decida di interrompere il pagamento dei premi, la prestazione ridotta coincide con la prestazione piena.

Se invece sono state corrisposte meno di 8 annualità di premio annuo costante e si interrompe la corresponsione dei premi, trascorso il periodo previsto per la riattivazione, **il contratto si risolve** e i premi fino a quel momento corrisposti vengono acquisiti dall'Impresa.

PARTE VI - ASPETTI NORMATIVI

Art.21 - Beneficiario

Prestazione di non autosufficienza
Il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.

Art.22 - Pagamenti dell'Impresa

Nel caso in cui si verifichi uno degli eventi previsti dal contratto, l'Assicurato (sempre coincidente con il Beneficiario) o chi per lui (Contraente) devono **inviare all'Impresa, o consegnare all'Intermediario** con cui il Contraente ha un rapporto, una richiesta di liquidazione che include tutti i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento
- individuare in modo giusto l'avente diritto (Beneficiario).

Solo a seguito del ricevimento della richiesta di liquidazione e della completezza della documentazione l'Impresa procede al pagamento.

I documenti che in particolare vengono richiesti sono:

- certificato di nascita, ovvero una copia di un documento valido, dell'Assicurato se è una persona diversa dal Contraente. Può essere consegnato al momento della della sottoscrizione della Proposta/Polizza
- copia di un documento valido, il codice fiscale e l'indirizzo del Beneficiario
- in caso di Beneficiario incapace: il legale rappresentante deve ottenere un decreto dal giudice tutelare per riscuotere la prestazione
- richiesta sottoscritta dal Beneficiario o da chi per lui (Contraente) che indica l'intestatario del conto corrente e il codice IBAN per poter effettuare il bonifico
- scheda antiriciclaggio. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario
- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia o ospedaliero) che conferma lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e spiega le cause della perdita di autosufficienza
- copia della documentazione di tipo sanitario utile per confermare che le dichiarazioni dell'Assicurato, fornite prima della stipula del contratto, siano state corrette e complete.

Il Beneficiario o chi per lui (Contraente) si fa carico delle spese per fornire la documentazione necessaria.

Dopo aver verificato l'obbligo di pagamento, l'Impresa paga la somma dovuta a **partire dal 90° giorno dopo la denuncia di non autosufficienza dell'Assicurato.** Prima, deve ricevere la documentazione completa che serve per accertare e riconoscere lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

Per data di ricevimento della richiesta/denuncia, corredata dalla documentazione, si intende la data in cui la documentazione completa arriva all'Impresa, ovvero all'Intermediario cui è assegnato il contratto.
Trascorso questo termine, sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto, secondo quanto stabilito dalla legge.

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto **si prescrivono in 10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 23 Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio (situato in Italia) degli aventi diritto.

Art. 24 Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono concordare l'applicazione di una legislazione diversa. In questo caso, l'Impresa suggerisce quella da applicare. Tuttavia, prevalgono sempre le norme imperative di diritto italiano.

GLOSSARIO

Appendice: è un documento che fa parte del contratto. Viene emesso insieme ad esso o dopo, per modificare alcuni aspetti concordati tra l'Impresa e il Contraente
Arbitro Assicurativo: organismo imparziale e indipendente preposto alla risoluzione stragiudiziale (al di fuori del tribunale ordinario) delle controversie tra i Contraenti, Assicurati o Beneficiari e l'Intermediario o l'Impresa di Assicurazione. Le controversie trattate dall'Arbitro Assicurativo sono relative all'osservanza delle disposizioni sulla trasparenza e sulla correttezza dei comportamenti
Assicurato: è la persona fisica sulla quale viene stipulato il contratto

Beneficiario: una persona fisica o giuridica che il Contraente designa nella Proposta/Polizza. Riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Per questo contratto il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato

Carenza: è il periodo in cui la garanzia del contratto non ha effetto. Se l'evento assicurato accade in questo periodo, l'Impresa non paga la prestazione assicurativa
Caricamento: rappresenta una parte del versamento del Contraente, che serve a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Impresa
Conclusione del contratto: è il momento in cui Sara Vita incassa il premio di perfezionamento
Condizioni di assicurazione: si tratta delle clausole che regolano il contratto di assicurazione
Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni che si verificano quando un Soggetto rilevante, al momento della prestazione di qualsiasi attività di distribuzione assicurativa, sia portatore di un interesse proprio o facente capo ad un soggetto ad esso collegato e tale interesse sia potenzialmente idoneo ad interferire con quello dei suoi clienti o tra due clienti, in modo tale da incidere negativamente sugli interessi dei Contraenti
Contraente: si tratta di una persona fisica o giuridica. Può coincidere con l'Assicurato o il Beneficiario. Stipula il contratto di assicurazione e deve versare il premio annuo all'Impresa
Contratto: si tratta di un contratto di assicurazione sulla vita. L'Impresa deve riconoscere al Beneficiario la prestazione prevista quando si verifica un evento collegato alla vita dell'Assicurato, come il decesso o la non autosufficienza.
Costi (o spese): spese che il Contraente deve sostenere sul premio pagato

Decorrenza del contratto: momento in cui la garanzia entra in vigore e il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio
Documento unico di rendicontazione: è un documento che fornisce un riepilogo annuale dei dati sul contratto di assicurazione. Riporta l'aggiornamento delle informazioni sul contratto
Detraibilità fiscale (del premio versato): è la parte del premio pagato che, per alcune tipologie di contratti e garanzie assicurative, può essere detratto secondo le leggi attuali sulle imposte sui redditi
Dichiarazioni dell'Assicurato: è un documento presente in Proposta/Polizza. Descrive le abitudini di vita, le condizioni di salute e le attività lavorative e sportive, sia amatoriali che professionali
Dichiarazioni precontrattuali: informazioni che il Contraente e/o l'Assicurato forniscono prima di stipulare il contratto di assicurazione. Queste informazioni consentono all'Impresa di fare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Quando il Contraente o l'Assicurato danno informazioni non corrette o non segnalano all'Impresa aspetti importanti per la valutazione dei rischi, l'Impresa può richiedere di annullare il contratto, recedere o modificare la prestazione/premi. Questo dipende a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato intenzionale o gravemente negligente
Durata contrattuale: indica il periodo in cui il contratto è in vigore. In questo caso, la durata è a Vita Intera e coincide con la Vita dell'Assicurato

Entrata in vigore: momento in cui il contratto acquista piena efficacia
Esclusioni: indicano i rischi non coperti o le limitazioni della copertura assicurativa offerta dall'Impresa. Sono indicate in clausole specifiche del contratto di assicurazione
Età assicurativa: si tratta del calcolo dell'età dell'Assicurato. Si assume che l'Assicurato ha la stessa età nei 6 mesi che precedono e seguono il suo compleanno

Garanzia: garanzia prevista dal contratto in base alla quale l'Impresa si impegna a pagare la prestazione ai Beneficiari

Impignorabilità e insequestrabilità: è il principio che indica che le somme che l'Impresa deve al Beneficiario non possono subire azioni esecutive o cautelari
Impresa di assicurazione: è Sara Vita Spa, una Società che può esercitare attività assicurativa. Il Contraente stipula con essa un contratto di assicurazione sulla Vita
Interessi di frazionamento: quando si paga il premio in rate, si applica una maggiorazione su ciascuna rata. Questa maggiorazione serve a compensare la divisione del pagamento, pur mantenendo la stessa prestazione assicurativa. Gli interessi di frazionamento sono già parte del premio che si deve pagare per questo prodotto
Intermediario: è un soggetto che, a pagamento, presenta e propone contratti di assicurazione. Effettua anche atti preparatori e conclusivi relativi a questi contratti
IVASS: è l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Questo ente controlla le imprese di assicurazione seguendo le linee politiche stabilite dal Governo

Home Insurance: Area Personale disponibile sul sito dell'Impresa, che aiuta il Contraente a gestire i propri rapporti assicurativi

Liquidazione: è il pagamento al Beneficiario, sempre coincidente con l'Assicurato in questo tipo di contratto, della prestazione dovuta quando si verifica l'evento

Oblio Oncologico: diritto delle persone guarite da una patologia oncologica - trascorso un determinato periodo temporale - di non fornire informazioni né subire indagini sulla propria pregressa condizione di salute in sede di sottoscrizione, tra gli altri, di prodotti assicurativi vita (Legge 7 dicembre 2023, n. 193)

Perfezionamento del contratto: è il momento in cui il Contraente paga il premio e sottoscrive il modulo di Proposta/Polizza
Periodo di copertura: periodo durante il quale il contratto è efficace e la garanzia operante (coincidente con la vita dell'Assicurato in questa tipologia di contratto)
Premio annuo costante: è l'importo che si deve versare all'Impresa per la prestazione prevista dal contratto.
Premio rateizzato o frazionato: rappresenta una parte del Premio annuo costante che si divide in più rate. Le scadenze per il pagamento delle rate sono convenute, ad esempio, ogni semestre. Questo consente un pagamento più facile per il Contraente. In cambio, l'Impresa applica una maggiorazione, ovvero gli interessi di frazionamento.
Prescrizione: è l'estinzione del diritto se non si esercita entro i termini stabiliti dalla legge
Prestazione: rappresenta la somma che l'Impresa garantisce al Beneficiario al momento dell'evento assicurato
Principio di coerenza/appropriatezza: è il principio che obbliga l'Impresa a ottenere dal Contraente tutte le informazioni necessarie prima del contratto. Queste informazioni servono a valutare se il contratto è adeguato alle sue esigenze e al suo livello di rischio
Proposta/Polizza: si tratta di un documento o modulo firmato dal Contraente. Esso conclude il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni specificate. Questo documento fornisce prova che il contratto di assicurazione è in vigore e mostra che il premio di perfezionamento è stato già pagato

Questionario Long Term Care: si tratta di un modulo che contiene domande sullo stato di salute e le abitudini di vita dell'Assicurato. L'Impresa usa queste domande per valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza: un documento che attesta il pagamento del premio. Questo viene fornito su carta intestata dell'Impresa nel caso di pagamento all'Intermediario. In caso di addebito diretto SEPA, è costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario

Recesso: significa che il Contraente può chiudere il contratto e far smettere gli effetti
Riattivazione: il Contraente può, entro i termini stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione, riprendere il versamento dei premi dopo che il pagamento è stato sospeso. Si paga il premio non versato insieme agli interessi per il ritardo
Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione
Rischio demografico: indica il Rischio di un evento futuro e incerto che riguarda la vita dell'Assicurato. È una caratteristica chiave del contratto di assicurazione sulla vita. Quando si verifica l'evento legato alla vita dell'Assicurato, l'Impresa deve erogare la prestazione assicurativa
Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dall'Impresa per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli aventi diritto. La legge impone alle Imprese di assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto. Per il presente contratto non è prevista una scadenza
Set Informativo: comprende i documenti che vengono preparati e corrisposti al Contraente prima della firma del contratto
Sinistro: è il momento in cui si verifica l'evento di rischio previsto dal contratto. Si attiva la garanzia e viene erogata la prestazione assicurativa
Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa per i Contratti di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo)

Valuta di denominazione: è la Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

CONFLITTO DI INTERESSI

Sara Vita SpA ha elaborato e attua una Politica in materia di conflitti di interesse che definisce le linee guida di indirizzo per garantire l'individuazione, la prevenzione e la gestione di eventuali conflitti di interesse nella distribuzione di prodotti assicurativi e nella realizzazione ed esecuzione dei relativi contratti di assicurazione Vita.
L'Impresa, nell'individuazione del perimetro e nella prevenzione e gestione di potenziali conflitti di interesse, ritiene rilevanti una serie di fattori, quali:
a) l'assetto organizzativo e processi di governance
b) le operazioni infragruppo
c) il modello distributivo
d) le operazioni finanziarie
e) la realizzazione ed esecuzione dei contratti.

Con riguardo alle fattispecie di potenziali conflitti di interesse individuate, l'Impresa ha elaborato e mantiene efficaci presidi organizzativi e amministrativi per la gestione dei conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti.
L'Impresa cura in particolare, e tra l'altro, che siano evitate le operazioni nelle quali abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo che incidono negativamente sugli interessi dei Contraenti
Nel caso i presidi organizzativi e amministrativi, stabiliti dall'Impresa per evitare o gestire situazioni di conflitto d'interesse a carattere distributivo, si rivelassero insufficienti per assicurare, con ragionevole certezza, che sia evitato il rischio di nuocere agli interessi del Contraente, l'Impresa invita tutti coloro i quali siano parte attiva del processo di vendita di tali prodotti a informare chiaramente il Contraente, prima della conclusione del contratto di investimento assicurativo, della natura o della fonte di tale conflitto di interesse, in occasione dell'informativa fornita ai sensi dell'articolo 120-ter del Codice delle Assicurazioni private.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Le **principali norme** - primarie e secondarie - destinate al settore assicurativo Vita e che riguardano il presente contratto, sono:
Codice delle Assicurazioni Private
D.Lgs 209/2005 e successive modificazioni e integrazioni: stabilisce le norme fondamentali in materia di assicurazione e va ad integrare le norme contenute nel Codice Civile.
Codice Civile

- **artt.1892, 1893 e 1894**: dichiarazioni inesatte e reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, che possono comportare la perdita del diritto alle prestazioni assicurative e la cessazione dell'Assicurazione
- **art.1919**: l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita
- **art.1920**: il Beneficiario, per effetto della designazione da parte del Contraente, è titolare di un diritto proprio delle prestazioni assicurative, che, in caso di decesso dell'Assicurato, non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo
- **art.1921**: ad eccezione di alcuni specifici casi, la designazione del Beneficiario da parte del Contraente è revocabile in qualsiasi momento con dichiarazione scritta all'Impresa o attraverso testamento
- **art.1923**: le somme dovute in dipendenza del presente contratto non sono pignorabili né sequestrabili
- **artt.1898 e 1926**: il Contraente è tenuto a comunicare all'Impresa eventuali modifiche di professione o di attività dell'Assicurato intervenute in corso di contratto

Normativa secondaria emanata da IVASS
L'IVASS è l'istituto deputato a svolgere funzioni di vigilanza e adottare misure normative dirette agli operatori del settore assicurativo.
Tra i più recenti e importanti Regolamenti IVASS che hanno interessato il settore assicurativo Vita abbiamo:

- **Regolamento IVASS 41/18**: Regolamento recante disposizioni in materia di informativa, pubblicità e realizzazione dei prodotti assicurativi
- **Regolamento IVASS 40/18**: Regolamento recante disposizioni in materia di distribuzione assicurativa e riassicurazione.