

SET INFORMATIVO

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

Il presente documento è composto da:

- DIP VITA
- DIP Aggiuntivo VITA
- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario
- Modulo di Proposta/Polizza
- Informativa Privacy

Il Contraente deve ricevere dall'Impresa il presente **Set Informativo** prima della sottoscrizione del contratto

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

COME È STRUTTURATO IL SET INFORMATIVO

Il documento precontrattuale da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto è il **Set Informativo**, composto dai documenti qui elencati:

- **DIP VITA**: il documento che fornisce informazioni essenziali e di sintesi del prodotto
- **DIP Aggiuntivo VITA**: il documento che fornisce informazioni integrative e complementari rispetto alle Condizioni di Assicurazione e al DIP VITA. Queste informazioni - diverse da quelle pubblicitarie - sono utili a far acquisire la piena conoscenza del contratto assicurativo
- **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione, il **Glossario** è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione
- **Modulo di Proposta/Polizza**: il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e attesta il pagamento del premio unico.
- **Informativa Privacy**: il documento con cui Sara Vita informa sulla raccolta e il trattamento dei dati personali, in base al Regolamento generale sulla protezione dei dati.

DOVE TROVARE IL SET INFORMATIVO

I vari documenti che compongono il **Set Informativo** vengono:

- consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto
 - pubblicati su www.sara.it, nella pagina dedicata al prodotto.
-

Contratto di Assicurazione Long Term Care - Assicurazione di rendita vitalizia posticipata in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana
Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi
(DIP VITA)

Impresa: Sara Vita Spa

Prodotto: Sara Prenditi Cura (tariffa 404)



Data di realizzazione del DIP VITA 14/01/2026
il presente DIP VITA è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Sara Prenditi Cura - tar. 404 - offre una copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato. Appartiene alla categoria delle Assicurazioni di Rendita Vitalizia per il caso di non autosufficienza



QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Il contratto garantisce una **copertura assicurativa in caso di non autosufficienza** totale dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

In caso di perdita di autosufficienza totale dell'Assicurato nel compimento di almeno **4 dei 6 atti elementari** della vita quotidiana quali:

- muoversi
- alzarsi e mettersi al letto
- vestirsi e svestirsi
- consumare cibi e bevande
- lavarsi e mantenere livelli adeguati di igiene personale
- mantenere il controllo delle proprie funzioni fisiologiche,

L'Impresa riconosce al Beneficiario una **prestazione di rendita vitalizia mensile posticipata** - di seguito definita rendita LTC. Tale rendita viene corrisposta finché l'Assicurato è in vita e permane lo stato di non autosufficienza. La prestazione di rendita LTC alla decorrenza può essere compresa tra un minimo di Euro 500 e un massimo di Euro 3.000,00 mensili.

In fase di sottoscrizione del contratto è prevista la possibilità di attivare - **in forma facoltativa** - le seguenti **coperture complementari**:

- **Assicurazione Complementare Opzione Spese Speciali** che prevede, in caso di perdita di autosufficienza da parte dell'Assicurato, la corresponsione di un **capitale aggiuntivo una tantum pari a Euro 20.000**
- **Assicurazione Complementare di non Autosufficienza Parziale** che prevede in caso di perdita di autosufficienza parziale in cui si riscontri che l'Assicurato non riesca a svolgere autonomamente **3 (anziché 4) delle 6 attività elementari della vita quotidiana**, la corresponsione di un **capitale aggiuntivo una tantum pari a Euro 10.000**.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Dalle garanzie è esclusa la non autosufficienza causata da alcune specifiche situazioni, condotte dolose, attività pericolose e uso di sostanze non appropriate da parte dell'Assicurato.

Non sono assicurabili i soggetti di età inferiore ai 18 anni e superiore a 75 anni.

Non sono assicurabili dalla copertura per la perdita di autosufficienza le persone che, alla data di decorrenza del contratto, sono già beneficiarie di una rendita di invalidità o di inabilità al lavoro, prestata da qualsiasi soggetto pubblico o privato, né gli invalidi civili con grado di invalidità superiore al 50%.

Non sono inoltre assicurabili le persone già in stato di non autosufficienza, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive)



CI SONO LIMITI ALLA COPERTURA?

A specifiche condizioni è previsto un periodo di limitazione e sospensione della garanzia in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, al termine del quale la garanzia diventa pienamente operante.

Tale periodo - definito carenza - è pari a 1 anno o 3 anni dall'entrata in vigore del contratto. Esso è attribuito sulla base della tipologia di malattia invalidante che genera la non autosufficienza dell'Assicurato



DOVE VALE LA COPERTURA?

Le garanzie di **Sara Prenditi Cura** sono valide senza limiti territoriali, salvo per quei Paesi in cui sia stato dichiarato lo stato di guerra (in questi casi le garanzie sono estese per il periodo massimo - previsto dalle Autorità italiane - necessario per l'evacuazione).



CHE OBBLIGHI HO?

Il Contraente e/o l'Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete e sono tenuti a comunicare all'Impresa ogni cambiamento di professione e/o attività sportive dell'Assicurato stesso, intervenute in corso di contratto, che ne modifichino il profilo di rischio.

La documentazione che gli aventi diritto - Contraente, Beneficiario (sempre coincidente con l'Assicurato) devono presentare all'Impresa è riferita a:

- prestazione in caso di non autosufficienza dell'Assicurato (Beneficiario)
- eventuali coperture complementari (Beneficiario)
- recesso (Contraente).

Per la documentazione è necessario rivolgersi all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

In ogni caso l'Impresa si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione.



QUANTO E COME DEVO PAGARE?

Il **premio annuo costante** viene determinato sia in base agli obiettivi del Contraente in termini di prestazione (rendita LTC) che in relazione ai seguenti elementi:

- l'età assicurativa dell'Assicurato
- il suo stato di salute, le sue abitudini di vita e le sue attività professionali e sportive
- eventuali coperture complementari prestate.

I premi annui sono di importo costante e dovuti in modo anticipato vita natural durante e comunque non oltre l'accertato riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

È prevista la possibilità per il Contraente di frazionare il premio annuo costante in rate semestrali, trimestrali o mensili, con l'applicazione, su ciascuna rata, di un interesse di frazionamento pari, rispettivamente, all'1,5%, al 2% e al 2,5%.

Nel caso in cui l'Intermediario appartenga alla rete agenziale Sara Vita, le modalità di pagamento sono:

- **alla data di perfezionamento del contratto:** assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico
- **alle successive date di pagamento:**
 - **del premio annuo costante in rate di premio mensile:** addebito diretto SEPA- SDD sul conto corrente del Contraente
 - **del premio annuo costante o della rata di premio semestrale o trimestrale:** una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero addebito diretto SEPA- SDD sul conto corrente del Contraente.

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

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico all'Impresa sul conto direzionale dedicato
- **alle successive date di ricorrenza del versamento,** indipendentemente 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.

Non è ammesso in alcun caso il pagamento dei premi in contanti.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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.

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui avvengono entrambi i seguenti eventi:

- la sottoscrizione della Proposta/Polizza da parte del Contraente
- il pagamento del premio annuo costante di perfezionamento, o rata di premio.

Il contratto entra in vigore alle ore 24 della data di conclusione dello stesso.



COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha avuto conferma che il contratto è concluso.

Il recesso libera entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto.

Il mancato pagamento anche di un solo premio annuo costante, o rata di premio, determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del premio stesso, la risoluzione del contratto con conseguente acquisizione definitiva dei premi già versati all'Impresa



SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?

Riduzione: SÌ × NO ☐

Il presente contratto non prevede il diritto di riscatto.

Il Contraente ha facoltà di chiedere di **riattivare il contratto** entro il termine di 12 mesi dalla scadenza del primo premio annuo costante, o rata di premio, non corrisposto dietro versamento di tutti gli importi arretrati maggiorati degli interessi legali.

Per i primi 6 mesi la riattivazione avviene soltanto dietro domanda del Contraente, mentre per i successivi 6 mesi l'Impresa, per poter accettare la domanda del Contraente, può richiedere nuovi accertamenti sanitari.

È possibile gestire tali operazioni anche direttamente nella propria **Area Personale**.

Oltre che nell'Area Personale, è possibile gestire queste operazioni utilizzando la app **SaraConMe**

Il presente contratto prevede la riduzione delle prestazioni

Il contratto prevede la maturazione del diritto alla riduzione della prestazione di base e delle eventuali coperture complementari attivate, dopo che siano state corrisposte **almeno 8 annualità di premio**. In tal caso il Contraente ha la possibilità di interrompere la corresponsione dei premi successivi e la copertura assicurativa rimane in vigore con una prestazione ridotta "vita natural durante".

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

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi
(DIP Aggiuntivo VITA)



Prodotto: Sara Prenditi Cura (tariffa 404)

Data di aggiornamento del DIP Aggiuntivo Vita: 09/02/26
ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Sara Vita Spa, sede legale e direzione generale: Via Po 20 - 00198 Roma; tel. 06.84.751- sito internet: www.sara.it - e-mail: saravita@sara.it, info@sara.it e PEC: saravita@sara.telecompost.it.

Sara Vita Spa, di seguito indicata anche come Impresa, fa parte del Gruppo Sara - iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al numero 001 - ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice Ufficiale dell'Automobile Club d'Italia. L'Impresa è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con DMICA n.16724 del 20/06/86 e risulta iscritta all'Albo delle imprese assicurative al numero 1.00063.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del **patrimonio netto** è pari a **Euro 156.862.923,53**, mentre il **risultato economico di periodo** è pari a **Euro 9.214.251,59**. Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'**indice di solvibilità** (solvency ratio) dell'Impresa è pari a **443,3%**. Si rinvia alla **relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)** disponibile sul sito internet www.sara.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

La prestazione prevista dal contratto non è riconosciuta all'Assicurato, sempre coincidente con il Beneficiario, se la causa dello stato di non autosufficienza è preesistente al momento della sottoscrizione del contratto stesso ed è stata sottaciuta 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 intenzionalmente provocate, uso di allucinogeni, uso non terapeutico 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 ecc.)
- **disordini avvenuti in un qualsiasi Paese** in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato; in questo caso la garanzia è estesa per il periodo massimo, previsto dalle Autorità Italiane, necessario per l'evacuazione.



Ci sono limiti di copertura?

È previsto un **periodo di limitazione della copertura del rischio** - definito Carenza - che viene individuato in:

- **1 anno** dall'entrata in vigore del contratto, in caso di non autosufficienza insorta per causa diversa da Alzheimer o demenze senili invalidanti di origine organica
- **3 anni** dall'entrata in vigore del contratto, nel caso in cui la non autosufficienza sia conseguente all'insorgere della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.

Di conseguenza, la prestazione è pienamente operante a partire dal 3° anno successivo a tale data.

In caso di perdita dell'autosufficienza verificatasi entro 1 anno ovvero entro 3 anni dalla decorrenza contrattuale, in relazione alle specifiche cause indicate, al Beneficiario sarà corrisposto - in luogo della rendita LTC - un importo pari all'ammontare complessivo dei premi annui versati (o delle rate di premio versate, in caso di frazionamento), al netto dell'interesse di frazionamento.



A chi è rivolto questo prodotto?

Sara Prenditi Cura è adatto ad un Cliente - persona fisica o giuridica - con obiettivo di protezione dal rischio biometrico - non autosufficienza - che ricerca un prodotto a vita intera, a premio annuo costante, che tuteli dal rischio di non autosufficienza tramite l'erogazione di una rendita vitalizia e che preveda degli specifici benefici fiscali.

È adatto, inoltre, a quel Cliente che ricerca ulteriore protezione per il rischio di non autosufficienza, anche in forma parziale, tramite l'erogazione di un capitale aggiuntivo una tantum alla rendita vitalizia, per far fronte alle necessarie spese iniziali.

Il Cliente a cui è rivolto il prodotto presenta una conoscenza pregressa nei prodotti assicurativi **non elevata**.

Sara Prenditi Cura, date le sue caratteristiche, è adatto ad un Assicurato che, alla data di decorrenza del contratto, abbia un'età minima di 18 anni e un'età massima di 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

Il contratto prevede i seguenti costi, già compresi negli importi corrisposti dal Contraente:

- **tabella dei costi gravanti sul premio:** i costi da applicare per la determinazione della prestazione sono presenti nella tabella che segue:

tipologia di costo	importo	modalità di prelievo
caricamento %	15%	da applicare a ciascun premio annuo costante o - in quota parte - rata di premio corrisposto
eventuali interessi di frazionamento	semestrale: 1,5% trimestrale: 2% mensile: 2,5%	da applicare a ciascuna rata di premio

- **costi di intermediazione:** alla data di redazione del presente DIP Aggiuntivo Vita, sulla base dei valori medi desunti dall'analisi del portafoglio in essere, la quota parte dei costi percepita dall'Intermediario - con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto - risulta essere pari a: 71,80%

Il dato non tiene conto di eventuali rappels e partecipazioni agli utili.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere indirizzati a: Sara Vita Spa - Direzione Affari Legali e Societari - Funzione Reclami Via Po, 20 - 00198 Roma - Italia - Fax 06.8475259 e Mail: gest.reclami@sara-vita.it L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax 06 42133206, pec ivass@pec.ivass.it , secondo le modalità indicate su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo, oppure un diverso sistema di risoluzione delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando un ricorso: • all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile • al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione di controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/info/fin-net.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le informazioni che seguono fanno riferimento alla normativa fiscale in vigore alla data di redazione del presente documento e applicabile al Contraente - ovvero al Beneficiario - che, al momento della stipulazione del contratto, risulta essere residente o avere sede legale in Italia. Il trattamento fiscale dipende, in ogni caso, dalla situazione individuale del soggetto. Detraibilità fiscale dei premi: per i premi pagati per la copertura di non Autosufficienza e per le eventuali Assicurazioni Complementari facoltative è riconosciuta al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a Euro 1.291,14. In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso. Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa del presente contratto, anche eventuali premi pagati per altre assicurazioni sulla vita "di puro rischio" (intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente in misura non inferiore al 5% e di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana) o altre assicurazioni sulla vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001. In virtù della detrazione di imposta il costo effettivo del contratto risulta pertanto inferiore al premio versato. La detrazione fiscale spetta al soggetto che sopporta l'onere economico del pagamento del premio. Di conseguenza: • se il soggetto che sopporta l'onere è il Contraente: la detrazione spetta se e solo se l'Assicurato - se persona diversa - risulti essere fiscalmente a carico del Contraente stesso • se il soggetto che sopporta l'onere è persona diversa dal Contraente: la detrazione spetta se e solo se il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - risultino essere fiscalmente a carico della persona che sopporta tale onere. Imposta sui premi: i premi corrisposti per le Assicurazioni sulla Vita non sono soggetti ad alcuna imposta. Tassazione delle somme assicurate: le somme corrisposte in caso di non autosufficienza dell'Assicurato non costituiscono reddito imponibile e pertanto sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche e dall'imposta sulle successioni.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi: se l'Assicurato (che può coincidere con il Contraente) è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine viene ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella tabella consultabile nella pagina dedicata all'Oblio oncologico di www.sara.it.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'Oblio oncologico	Il Contraente, o l'Assicurato stesso se persona diversa che precedentemente alla stipulazione del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative allo stato di salute dell'Assicurato, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Sara Vita, ovvero all'Intermediario con cui intrattiene il rapporto, la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per Sara Vita	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente, o l'Assicurato stesso se persona diversa. Sara Vita ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente, o l'Assicurato stesso se persona diversa. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET PERSONALE AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

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 comprehensive 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**

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](mailto:assistenza_clienti@sara.it)



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.

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 <i>HOME INSURANCE</i>	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

CONFLITTO DI INTERESSI

RIFERIMENTI NORMATIVI

pag. 14

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.

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

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 diverse da Alzheimer o simili 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 simili 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 simili 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 simili 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 <u>NON</u> 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 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.

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.

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

Agenzia AGENZIA					Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata vita intera	Scadenza		
Contraente - ☒ persona fisica ☐ persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante) Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente Socio ACI: NO se si indicare il numero della tessera ACI						
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale			
Data di nascita	Luogo di nascita		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	e-mail	
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		cod.	
Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del contratto ☐ tramite e-mail all'indirizzo , che conferma con la sottoscrizione della presente proposta polizza ☐ su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo ☐ su Area Personale 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 comunicati espressamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Personale sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo clienti@sara.it						
Assicurato						
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale			
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza		CAP	Località	Prov.	Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento	Ente di rilascio		Cittadinanza	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare e-mail	
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	

POLIZZA N. XXX**Agenzia 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 DMCA n. 16724 del 20/06/95 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)



PRESTAZIONE DI BASE

In caso di perdita di autosufficienza totale da parte dell'Assicurato, così come definita nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione, verrà liquidata una **rendita mensile** pari ad **Euro 10,00**.

Tale rendita verrà liquidata a favore dell'Assicurato – Beneficiario finché sarà in vita e continuerà a trovarsi nelle condizioni di non autosufficienza totale.

PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE

In caso di perdita di autosufficienza parziale da parte dell'Assicurato, così come definita nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione, verrà liquidato, a favore dell'Assicurato-Beneficiario, un Capitale di **Euro 12,00**, a fronte della corresponsione del **Premio Annuo Netto di Euro 3,00**

OPZIONE SPESE SPECIALI

In caso di perdita di autosufficienza totale da parte dell'Assicurato verrà liquidato, a favore dell'Assicurato-Beneficiario, secondo le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione, un capitale pari ad **Euro 11,00**, a fronte della corresponsione del **Premio Annuo Netto** pari ad **Euro 4,00**

Il **Premio Annuo Netto** della prestazione di base di **Euro 5,00** verrà corrisposto, unitamente al Premio Annuo Netto delle prestazioni complementari di **Euro 6,00** in misura costante, con frazionamento **SEMESTRALE** in rate anticipate pari ad **Euro 1,00**

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo netto delle prestazioni di cui è prevista all'apertura del rischio di non autosufficienza è pari a **Euro 5,00**.

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A riportate ed. 02/26

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

Alla **data di perfezionamento** le modalità di pagamento per il **premio annuo costante** sono:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile
- ordine di bonifico
- altro mezzo di pagamento bancario o postale.
- sistema di pagamento elettronico

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.

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 SARA le modalità di pagamento previste sono le seguenti:

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico all'Impresa sul conto di direzione
- **alle successive date di pagamento,** indipendentemente dalla periodicità, è previsto 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 non veritiere, inesatte o inaccurate rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per verificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche o controlli diagnostici o accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nella presente Proposta di Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e sul suo stato sanitario, e degli eventuali questionari supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

POLIZZA N. XXX Agenzia 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 75.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CE 07102240591 REA Roma e 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)

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 seguenti documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme:

- Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi, Allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018
- 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 annualità di 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 l'importo corrispondente 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_Assicurato_1.0).

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati personali necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di assicurazione, o agenti 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 disegni di polizza SARAVITA (ed. 01/26), DIP Aggiuntivo VITA (ed. 02/26), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (ed. 02/26) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (ed.02/26).

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

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente i sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile l'articolo delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni, limitazioni e modalità di erogazione del risarcimento.

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

Il pagamento del Premio di Euro _____ 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 le richieste e ha verificato la corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXXDOSSJ****V00000000000000000000

POLIZZA N. XXX Agenzia 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 DMIC/A 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)

Allegato I del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico

patologia oncologica	caratteristiche	anni dalla conclusione del trattamento attivo
colon-retto	stadio I, qualsiasi età	1
colon-retto	stadio II/III, > 21 anni	5
melanoma	> 21 anni	5
mammella	stadio I/II, qualsiasi età	5
utero, collo	> 21 anni	6
utero, corpo	qualsiasi età	5
testicolo	qualsiasi età	1
tiroide	donne con diagnosi < 55 anni uomini con diagnosi < 45 anni esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	5
linfomi di hodgkin	< 45 anni	5
leucemie	acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

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)

Informativa Sara Vita Contraente/ Assicurato Individuali

ai sensi dell'Articolo 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati ("GDPR")

Sara Vita S.p.A., con sede legale a Roma in Via Po n° 20, tratta i tuoi dati personali in qualità di titolare del trattamento ("Sara" o il "Titolare"). Per tutte le informazioni sul trattamento effettuato da Sara puoi contattare il Titolare o il Responsabile della protezione dei dati personali ("RPD") a questi indirizzi:

- E-mail: RPD@sara.it
- Posta: Sara Assicurazioni S.p.A. / Via Po, 20 - 00198 - Roma

*Il titolare del trattamento è il soggetto che stabilisce quali dati trattare, come trattarli e per quali finalità.



Perché e come trattiamo i tuoi dati:

Svolgere le attività necessarie per l' assunzione e la gestione della polizza	Esecuzione del contratto e di misure precontrattuali
Trattamento dati sanitari per l' assunzione e la gestione della polizza (se il contraente è anche assicurato)	Il consenso è necessario ai fini del trattamento
Svolgere le attività necessarie al rispetto della normativa nazionale e comunitaria	Adempimento di obblighi di legge
Prevenzione e individuazione di frodi assicurative	Questi trattamenti rientrano nell' interesse legittimo del Titolare
Attività necessarie alla difesa dei diritti e degli interessi di Sara	
Analisi statistico -attuariale in forma aggregata o pseudonimizzata	
Invio di comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi analoghi a quelli da te già acquistati (solo per il Contraente)	
Comunicare a Sara e Sara Assicurazioni S.p.a. (contitolari) i dati sui rapporti assicurativi già in corso con Sara , a scopo di loro profilazione a fini marketing (solo per il Contraente e solo se hai fornito apposito consenso)	Questo trattamento rientra nell' interesse legittimo del Titolare e di Sara e Sara Assicurazioni in quanto contitolari del trattamento
Finalità amministrative interne che implicano tra l'altro la circolazione infragruppo	Questo trattamento rientra nell' interesse legittimo delle società del Gruppo Sara Assicurazioni

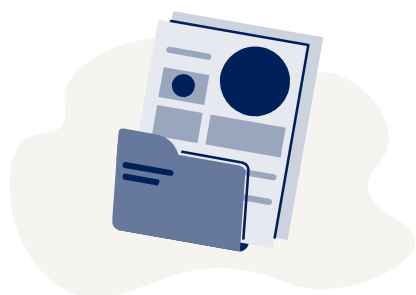
Le **finalità del trattamento** indicano il motivo/ scopo per cui i dati personali sono trattati.

La **base giuridica** è il presupposto che giustifica, da un punto di vista legale, il trattamento dei dati personali.

Le basi giuridiche sono previste dall'**art. 6** del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 4).

Quali tipi di dati trattiamo:



- dati anagrafici e di contatto
- dati bancari
- dati di polizza
- dati relativi al sinistro
- dati relativi alla salute

Se sei il Contraente saranno trattati anche:

- dati relativi all'assicurato e al beneficiario
- dati relativi alla situazione personale, patrimoniale e finanziaria
- informazione del rilascio del tuo consenso per la profilazione a fini marketing da parte di Sara e Sara Assicurazioni S.p.A. (contitolari)

Questi dati possono essere acquisiti dal Titolare:

- da **Te** quando stipuli la polizza e quando ti avvali dei nostri servizi
- (solo per il Contraente) da **Sara e Sara Assicurazioni S.p.A.** (contitolari)

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 4).

Processi decisionali automatizzati (solo per il Contraente):



Alcuni **trattamenti connessi all'assunzione e alla gestione della polizza** (es. valutazione del rischio, calcolo del premio, valutazione di adeguatezza, valutazioni antiterrorismo e antiriciclaggio) **si basano su processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione**, le cui logiche sono determinate prevalentemente dalla tecnica attuariale e/o dalla normativa di settore.

Il processo decisionale automatizzato avviene quando vengono prese decisioni nei tuoi confronti utilizzando mezzi elettronici senza l'intervento umano.

La profilazione avviene quando i tuoi aspetti personali vengono valutati per fare previsioni su di te.

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 5).

A chi comunichiamo i tuoi dati:



- **Dipendenti** del Titolare
- Soggetti esterni che agiscono per conto di Sara come **responsabili del trattamento**
- Soggetti esterni che agiscono in maniera autonoma come **titolari del trattamento**
- **Sara Assicurazioni S.p.A.** quale titolare del trattamento e le stesse **Sara e Sara Assicurazioni S.p.A.** nella loro qualità di contitolari del trattamento

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 5).

Dove trasferiamo i tuoi dati:

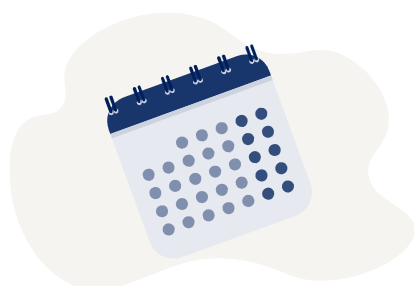


Sara di regola **non trasferisce i tuoi dati personali** in Paesi fuori dallo Spazio Economico Europeo.

In alcuni casi e solo per le finalità sopra indicate i dati possono essere trasferiti a terzi (es. fornitori cloud) stabiliti fuori dallo Spazio Economico Europeo.

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 6).

Per quanto tempo conserviamo i tuoi dati:



- **Dati necessari per l'esecuzione del contratto** —> per tutta la durata del contratto e, dopo la cessazione, per altri 11 anni e comunque per 21 anni dall'emissione dell'ultima quietanza.
- **Dati necessari per il rilascio del preventivo** —> 6 anni dal rilascio del preventivo, se successivamente non è stata stipulata la polizza
- **Dati necessari per finalità antifrode e per la difesa dei diritti/interessi di Sara** —> 11 anni.
- **Dati necessari per l'adempimento di obblighi di legge** —> per il tempo previsto dalla normativa e necessario per adempiere agli obblighi di legge
- **Dati necessari per finalità di analisi statistico-attuariale** —> 6 anni.

In ogni caso i tuoi dati saranno trattati nel rispetto dei principi di minimizzazione e limitazione della conservazione di cui all'art. 5, par. 1, lett. c) ed e) del GDPR.

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 6).

Quali diritti puoi esercitare per proteggere i tuoi dati:



- **Accesso** —> puoi chiedere conferma dell'esistenza di un trattamento dei tuoi dati personali e chiedere l'accesso alle relative informazioni.
- **Rettifica** dei dati —> in caso di dati incompleti e/o imprecisi.
- **Cancellazione** dei dati (in presenza di determinate condizioni).
- **Limitazione** del trattamento —> in presenza di determinate condizioni puoi chiedere che il trattamento dei tuoi dati sia limitato.
- **Portabilità** —> puoi chiedere che Sara trasferisca i tuoi dati personali ad altri soggetti da te indicati.
- **Revoca** del consenso —> in qualunque momento puoi revocare il consenso prestato.
- **Opposizione** —> puoi opporsi al trattamento dei tuoi dati personali quando questo è basato sul legittimo interesse del titolare.
- **Reclamo** —> se ritieni che ci siano violazioni nel trattamento dei tuoi dati personali puoi presentare reclamo al **Garante per la protezione dei dati personali**.

Puoi contattare il Titolare o il RPD ai recapiti sopra indicati. Per presentare un reclamo puoi **contattare il Garante** con le modalità previste sul sito dell'Autorità.

* Per saperne di più vai alla sezione approfondimenti (pag. 6).

Approfondimenti

Approfondimenti

1. COME RACCOGLIAMO I TUOI DATI

I dati trattati possono essere:

- forniti a Sara direttamente da te al momento della stipulazione del contratto di polizza o, successivamente, nel corso della durata dello stesso;
- (solo se sei il Contraente) forniti da Sara Assicurazioni S.p.A., quale titolare del trattamento, o dalla stessa Sara e da Sara Assicurazioni S.p.A. congiuntamente intese come contitolari del trattamento.

2. PERCHÉ TRATTIAMO I TUOI DATI E SU QUALI BASI

Sara tratta i tuoi dati personali:

- **per finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa.** In particolare, si tratta di finalità connesse all'espletamento di necessarie attività precontrattuali e alla stipula della polizza assicurativa richiesta (es. valutazione del rischio assicurativo, all'occorrenza effettuata anche attraverso questionari anamnestici, visite mediche e altra documentazione medica, valutazione di adeguatezza, definizione del preventivo economico e della tariffa), all'esecuzione, alla gestione e al controllo del contratto di polizza (inclusa la gestione del customer care e di eventuali sinistri in cui sei coinvolto, riassicurazione, controlli interno). Questi trattamenti sono **necessari per l'esecuzione del contratto** di cui sei parte o **per l'esecuzione di misure precontrattuali** adottate su tua richiesta ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b) GDPR. Il conferimento dei tuoi dati costituisce un obbligo contrattuale o un requisito necessario all'erogazione del servizio da te richiesto, per cui il mancato conferimento determina l'impossibilità per Sara di adempiere a quanto richiesto.
- **per l'adempimento di obblighi di legge**, inclusi gli adempimenti di natura fiscale, amministrativa e contabile connessi all'esecuzione del contratto, le verifiche di adeguatezza e le obbligazioni relative alla normativa antiriciclaggio e antiterrorismo. Questi trattamenti si fondano sulla **necessità per adempiere un obbligo legale** al quale è soggetto il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. c) GDPR. Il conferimento dei tuoi dati costituisce un obbligo legale, per cui il mancato conferimento determina l'impossibilità di erogare i servizi richiesti.

Una volta raccolti i tuoi dati personali per le finalità sopra indicate, il Titolare potrà trattarli anche per altre finalità quali:

- **per prevenire, individuare o perseguire frodi.** Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza di prevenire e contrastare comportamenti illeciti, abusi o frodi;
- **per finalità difensive** in caso di comportamenti illeciti, abusi o frodi. Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nella esigenza di garantire una difesa tanto in ambito giudiziale quanto nelle fasi che precedono il contenzioso;
- **per finalità di analisi statistico/attuariale.** Sara può utilizzare alcuni dati personali (esclusi i dati relativi alla salute), in forma pseudonimizzata e aggregata, relativi al rischio assicurativo, anche eventualmente incrociandoli con altri dati di natura statistica. Questi trattamenti si fondano sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza imprenditoriale di svolgere ricerche e analisi statistico/attuariali;
- per finalità amministrative interne, sulla base del legittimo interesse di Sara (titolare), di Sara Assicurazioni S.p.A. (titolare) nonché della stessa Sara e di Sara Assicurazioni S.p.A. (contitolari), ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, consistente nell'esigenza di gestire gli adempimenti amministrativi funzionali al perseguimento delle altre finalità di trattamento. Tale finalità implica tra l'altro anche la circolazione infragruppo alla luce del considerando 48 GDPR.

Solo se sei il Contraente i tuoi dati personali potranno essere trattati anche per le seguenti finalità:

Approfondimenti

- per l'invio di comunicazioni commerciali e/o iniziative promozionali su prodotti e servizi analoghi a quelli da te già acquistati (c.d. **soft spam**). Questo trattamento si fonda sulla necessità per il perseguimento di un **legittimo interesse** del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR;
- per **mettere a disposizione della stessa Sara e di Sara Assicurazioni S.p.A.**, congiuntamente intese come contitolari del trattamento, **tutti i dati inerenti agli eventuali rapporti assicurativi già in corso con Sara** allo scopo di consentire alle predette società contitolari di svolgere attività di profilazione a fini marketing in modo più corretto, efficace e aderente alla tua specifica situazione. Tale trattamento potrà essere effettuato a condizione che tu abbia preventivamente rilasciato alle società contitolari il tuo consenso alla profilazione a fini marketing. La base giuridica del presente trattamento risiede nel **legittimo interesse** delle società contitolari, ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR, ad accedere anche ai dati sui rapporti assicurativi eventualmente già in essere con le società del Gruppo Sara Assicurazioni. Tale trattamento viene effettuato anche alla luce del considerando 48 GDPR, che contempla la possibilità di dare luogo ad una circolazione infragruppo a fini amministrativi interni.

N.B. In tutti i casi in cui il trattamento si fonda sul legittimo interesse, il Titolare ha effettuato un bilanciamento tra il proprio legittimo interesse e i tuoi interessi, diritti e libertà fondamentali. Se ritieni che tale bilanciamento non sia corretto e che i tuoi interessi, diritti e libertà fondamentali siano prevalenti puoi esercitare il diritto di opposizione al trattamento come meglio specificato di seguito.

I dati potranno essere, altresì, trattati per finalità di ricerche/analisi statistiche su dati aggregati o anonimi, senza dunque possibilità di identificare l'interessato.

3. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI (SOLO PER IL CONTRAENTE)

Alcuni trattamenti connessi alle finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa e di esecuzione del contratto assicurativo sono eseguiti sulla base di processi decisionali automatizzati, anche basati sulla profilazione. Ci si riferisce in particolare a:

- la valutazione del rischio con conseguente definizione del premio di polizza effettuata con logiche basate sulla tecnica attuariale;
- l'obbligo di collocare esclusivamente prodotti adeguati. Tale obbligo viene rispettato utilizzando algoritmi che verificano la coerenza delle caratteristiche del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente;
- le valutazioni antiterrorismo che determinano il blocco delle operazioni sulla base della verifica della presenza dei soggetti su liste apposite messe a disposizioni da organismi pubblici;
- le valutazioni antiriciclaggio che portano all'individuazione di operazione sospette che possono comportare il blocco dell'operazione e la segnalazione all'UIF attraverso la profilatura e l'adeguata verifica della clientela e l'analisi di indicatori di anomalia determinati in virtù di criteri riferiti al cliente (natura giuridica, tipo di attività, comportamento tenuto, area geografica) e riferiti all'operazione (tipologia, modalità, ammontare, frequenza, ragionevolezza in relazione all'attività svolta, ecc.).

Tali processi decisionali di norma non sono basati unicamente su un trattamento automatizzato. In ogni caso vengono attuate misure appropriate per la tutela dei diritti, delle libertà e dei legittimi interessi degli interessati compreso il diritto di ottenere l'intervento umano, di esprimere la propria opinione e di contestare la decisione.

4. A CHI COMUNICHIAMO I TUOI DATI

I **dipendenti di Sara Vita** sono autorizzati a trattare i dati in conformità alle istruzioni impartite, ai sensi degli artt. 29 e 32, par. 4 del GDPR e 2-quaterdecies del Codice Privacy.

I **responsabili del trattamento** agiscono sotto il controllo di Sara sulla base delle istruzioni ricevute. Svolgono attività necessarie per il raggiungimento delle finalità sopra indicate. Rientrano in questa categoria, ad esempio, agenti, fornitori di servizi amministrativi, informatici, contabili e di servizi di consulenza.

I **titolari del trattamento** agiscono in maniera autonoma secondo proprie finalità. Sara comunica i dati a questi soggetti solo sulla base di uno dei presupposti sopra indicati (esecuzione del contratto, obbligo di legge, legittimo interesse). Rientrano in questa categoria, ad esempio, autorità di controllo (es. ANIA, IVASS), pubbliche

Approfondimenti

amministrazioni, istituti di credito, istituti finanziari e/o di factoring, società di revisione, società di riassicurazione, intermediari che operano come titolari autonomi.

I dati potranno inoltre essere comunicati a **Sara Assicurazioni S.p.A. quale titolare del trattamento e alle stesse Sara e Sara Assicurazioni S.p.A. nella loro distinta veste di contitolari del trattamento** per finalità amministrativo-contabili, sulla base del legittimo interesse delle stesse società ai sensi dell'art. 6, para. 1, lett. f) GDPR nonché alla luce del considerando 48 GDPR.

5. DOVE TRASFERIAMO I TUOI DATI

Sara di norma non trasferisce i tuoi dati al di fuori dell'Unione Europea. In alcune determinate circostanze connesse alle finalità sopra indicate, alcuni dei tuoi dati possono essere trasferiti -direttamente o indirettamente- presso paesi terzi. In questo caso Sara assicura che il destinatario, che opera in qualità di Responsabile del trattamento, rispetti le disposizioni di cui al GDPR ivi comprese le norme specificatamente dettate per il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi. In particolare, Sara garantisce che i trasferimenti avvengano sulla base di una decisione di adeguatezza, della sottoscrizione da parte del Responsabile di clausole contrattuali tipo di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea o delle norme vincolanti d'impresa.

L'effettivo trasferimento dei dati personali verso paesi terzi e le connesse maggiori informazioni possono essere richieste contattando il Titolare o il RPD ai recapiti precedentemente indicati.

6. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI

In ogni caso i tuoi dati saranno trattati nel rispetto dei principi di minimizzazione e limitazione della conservazione di cui all'art. 5, par. 1, lett. c) ed e) del GDPR.

I **dati necessari per l'esecuzione del contratto di polizza** saranno conservati per **tutta la durata del contratto**. Successivamente alla cessazione del contratto tali dati saranno conservati per un **ulteriore periodo di 11 anni e comunque per 21 anni dall'emissione dell'ultima quietanza** al fine di consentire a Sara l'adempimento di obblighi di legge connessi all'esecuzione del contratto e la difesa dei propri diritti. In caso di mancato perfezionamento del contratto, i dati raccolti per finalità connesse alla valutazione del rischio e alla definizione del preventivo economico potranno essere conservati per un periodo di 6 anni per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire a Sara la difesa dei propri diritti.

7. QUALI DIRITTI PUOI ESERCITARE PER PROTEGGERE I TUOI DATI

- Con il **diritto di accesso** puoi chiedere informazioni su: finalità del trattamento, categorie di dati trattati, categorie di destinatari, periodo di conservazione dei dati, diritti che puoi esercitare, esistenza di un processo decisionale automatizzato.
- Puoi richiedere la **cancellazione** dei dati quando: ti sei opposto al trattamento e non sussiste un legittimo interesse prevalente del Titolare; i dati sono stati trattati illecitamente; c'è un obbligo legale di cancellazione.
- Puoi richiedere la **limitazione** del trattamento quando: contesti l'esattezza dei tuoi dati (per il periodo necessario a verificare l'esattezza dei dati); il trattamento è illecito e non vuoi la cancellazione dei dati; i dati sono necessari per permetterti di agire o difenderti in giudizio; ti sei opposto al trattamento (in attesa della verifica della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare).
- Per tutti i trattamenti fondati sul tuo consenso, puoi in qualunque momento revocare il consenso prestato. In caso di revoca del consenso, i trattamenti effettuati fino alla revoca restano legittimi, ma Sara non potrà trattare ulteriormente i tuoi dati e non potrà fornirti i servizi per i quali è richiesto il consenso.
- Per tutti i trattamenti fondati sul legittimo interesse di Sara, potrai esercitare il **diritto di opposizione al trattamento**. In questo caso Sara non potrà trattare ulteriormente i tuoi dati personali salvo che dimostri la prevalenza dei propri interessi o che il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un proprio diritto in sede giudiziaria. Inoltre, solo se sei il Contraente, hai il diritto di opposti in ogni momento e senza alcuna giustificazione all'invio di comunicazioni di marketing diretto attraverso strumenti automatizzati (sms,

Approfondimenti

mms, e-mail, notifiche push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore). Con riguardo al marketing diretto, resta salva la possibilità di esercitare tale diritto anche in parte, ossia, in tal caso, opponendoti, ad esempio, al solo invio di comunicazioni promozionali effettuato tramite strumenti automatizzati.

