

Gentile Assicurando,

nel momento in cui si accinge a stipulare una polizza di assicurazione sulla Vita, Lei intende realizzare un programma di previdenza per sé e/o per i Suoi cari in modo da guardare al futuro con maggiore tranquillità.

La polizza che Lei va a stipulare con noi, rappresenta sicuramente la soluzione migliore per le Sue esigenze assicurative attuali.

Lei può contare sul nostro impegno e la nostra professionalità perché i benefici previdenziali della Sua polizza siano i migliori.

Lei potrà contare su di noi anche qualora le Sue esigenze assicurative dovessero mutare; il nostro Agente Le offrirà la più qualificata consulenza per suggerirLe la migliore soluzione in termini di previdenza e/o di risparmio assicurativo.

Siamo a Sua completa disposizione e, mentre La ringraziamo per la preferenza accordataci, Le porgiamo i migliori saluti.

SARA VITA

Il presente libretto è una raccolta di Condizioni di Assicurazione che si applicano alle nostre polizze.

Le consigliamo di leggere attentamente le Condizioni valide per il Suo contratto e, in modo particolare, le parti in neretto.

Se la proposta verrà accettata, Le invieremo solo la polizza e le appendici relative alle eventuali Condizioni Particolari.

La preghiamo, pertanto, di conservare il presente libretto e di verificare che, con la firma della proposta, Le siano state consegnate anche le Condizioni Speciali della forma assicurativa di base da Lei prescelta.

La polizza, le eventuali appendici e l'ulteriore documentazione riguardante la Sua polizza, potranno essere custodite nell'apposita tasca interna del libretto.

INDICE

CAP. A)	CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA	pag.	7
CAP. B)	CONDIZIONI SPECIALI PER POLIZZE ASSUNTE SENZA VISITA MEDICA	»	11
CAP. C)	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI	»	12
CAP. D)	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA DI FAMIGLIA	»	14
CAP. E)	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ	»	15
CAP. F)	CLAUSOLA ESCLUSIONE PRESTITI	»	17
CAP. G)	CONDIZIONI PER L'EMISSIONE DELLA POLIZZA - DOCUMENTAZIONE SANITARIA	»	18
CAP. H)	COPERTURA PROVVISORIA	»	19
CAP. I)	CESSIONE LEGALE	»	20

PREMESSA

IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA È DISCIPLINATO DALLE SEGUENTI NORME:

- CONDIZIONI **GENERALI** DI POLIZZA
 - CONDIZIONI **SPECIALI** RELATIVE ALLA FORMA PRESCELTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA (TARIFFA BASE) E ALLE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI RICHIESTE
 - CONDIZIONI **PARTICOLARI** ESPRESSAMENTE RICHIESTE DALLE PARTI CONTRAENTI
- IL CONTRATTO È INOLTRE DISCIPLINATO DALLE NORME LEGISLATIVE IN MATERIA

LE CONDIZIONI E LE TARIFFE DELL'ASSICURAZIONE SULLA VITA SONO APPROVATE DAL MINISTERO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO.

PER UNA PIÙ FACILE E CORRETTA INTERPRETAZIONE DELLE NORME SI Danno LE DEFINIZIONI DI ALCUNI TERMINI RIPORTATI NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:

- SOCIETÀ : L'Impresa assicuratrice (Sarà Vita)
- CONTRAENTE : Chi stipula il contratto con la Società
- ASSICURATO : La persona sulla cui vita è stipulato il contratto
- BENEFICIARI : Coloro ai quali spettano le somme assicurate
- PREMIO : L'importo dovuto dal Contraente alla Società
- RISERVA MATEMATICA : L'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali
- RIDUZIONE (O LIBERAZIONE) : Operazione conseguente alla sospensione del pagamento dei premi annui. Il contratto rimane in vigore per una prestazione **ridotta** rispetto a quella assicurata, e il Contraente è **liberato** dall'obbligo del pagamento dei premi residui
- DIFFERIMENTO : Periodo al termine del quale vengono liquidate le prestazioni assicurate.

CAPITOLO A

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

(Valide in ogni caso, salvo deroghe espressamente previste dalle Condizioni Speciali o Particolari)

Art. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dagli allegati rilasciati dalla Società stessa;

Art. 2 ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto dal momento in cui sia stata pagata la prima rata di premio convenuta ed il Contraente abbia ritirato l'originale di polizza. Qualora la polizza preveda una data di effetto posteriore, rispetto a quella in cui vengono espletate le suddette formalità, l'assicurazione entra in vigore dalla data stessa.

Art. 3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, **e salvo la rettifica del capitale e della rendita assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.**

Art. 4 RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- 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;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

Art. 5 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Direzione Generale, presso la sede dell'Agenzia cui è assegnata la polizza.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in al-

cuti caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

Alt. 6 **RIATTIVAZIONE**

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori cinque mesi il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

La riattivazione può purè avvenire entro un ulteriore termine massimo di due anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e deciderè circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione, che nell'intervallo rimane sospesa nei suoi effetti, entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e degli interessi ed il Contraente ha ritirato il relativo allegato.

Art. 7 **RISOLUZIONE - RIDUZIONE**

Trascorso il termine di cui al precedente articolo, si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Tuttavia se risultano pagate almeno tre annualità di premio, il contratto rimane in vigore per il valore di riduzione, determinabile secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali e/o secondo i valori riportati nella tabella annessa.

Le assicurazioni temporanee in caso di morte non hanno alcun valore di riduzione, salvo che non sia diversamente previsto dalle Condizioni Speciali.

Art. 8 **RISCATTI - PRESTITI**

La Società, su richiesta scritta del Contraente, consente, qualora siano state pagate almeno tre annualità di premio:

- a. la risoluzione del contratto, pagando come prezzo di riscatto, l'importo determinabile secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali e/o secondo i valori riportati nella tabella annessa;
- b. la concessione di prestiti ad interessi, nei limiti del valore di riscatto di cui alla lettera a.;
- e. la concessione di prestiti senza interessi, qualora l'Assicurato abbia dovuto sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorsa per pagare le spese dell'atto operatorio, senza peraltro superare (tenuto conto dei prestiti eventualmente esistenti) il valore di riduzione del capitale assicurato in caso di morte, calcolato secondo l'articolo 7, e purché la polizza sia al corrente col pagamento dei premi;
- d. la concessione di prestiti, nel limite del valore di riscatto di cui alla lettera a., con abbuono degli interessi per la durata di un anno, qualora il relativo importo venga utilizzato per corrispondere all'Erario la tassa di successione eventualmente dovuta dal Contraente a seguito dell'avvenuto decesso di persona di famiglia (il coniuge, i genitori, i figli ed i germani).

Le assicurazioni temporanee in caso di morte, le assicurazioni in caso di vita ed in caso di sopravvivenza non hanno valore di riscatto e quindi di prestito, quando non prevedano la restituzione dei premi.

La risoluzione del contratto ha effetto dalla data della richiesta.

Art. 9 CESSIONE - PEGNO - VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art. 10 BENEFICIARIO

Il Contraente designa il beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b. dopo la morte del Contraente;
- e. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, di prestito, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o contenute in un valido testamento.

Art. 11 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere consegnati i seguenti documenti:

- certificato di nascita dell'Assicurato;
- ogni documento necessario ad individuare gli aventi diritto o a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

Per i pagamenti conseguenti a decesso dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati:

- il certificato di morte;
- la relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

La Società esegue il pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione, dietro consegna dell'originale della polizza e allegati. Il detto termine decorre, comunque, dalla data di scadenza, qualora la domanda di liquidazione sia antecedente! Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

Art. 12 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria di Roma.

OSSERVAZIONI: Art. 2 : La norma viene derogata in caso di applicazione della copertura provvisoria - Cap. H.

Art. 6 : Il tasso di riattivazione per le forme rivalutabili legate al **FONDO PIÙ** è regolato dalle Condizioni Speciali ed è legato al tasso di rivalutazione della polizza,

Art. 8/b.: La concessione di prestiti è esclusa per i primi 5 anni, qualora il Contraente, per usufruire della detrazione fiscale del premio, ne faccia esplicita richiesta. - Cap. F.

Art. 8/c: Per operazioni di alta chirurgia si intendono quelle per le quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 28/12/1965 numero 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a lire 80.000.

CAPITOLO B

CONDIZIONI SPECIALI PER POLIZZE ASSUNTE SENZA VISITA MEDICA

(Valide se espressamente richiamate in polizza e qualora sia stato prodotto - come documentazione sanitaria - l'apposito questionario per contratti senza visita medica redatto e sottoscritto dall'Assicurato)

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettandone le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, la Polizza viene assunta senza visita medica e pertanto rimane convenuto quanto segue:

- a. **Se il decesso dell'Assicurato avviene entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto, verrà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati, esclusi accessori e tasse.**
- b. L'intero capitale assicurato per il caso di morte verrà corrisposto - alle condizioni contrattualmente previste - anche se il decesso dell'assicurato si verificherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto, qualora la morte sia conseguenza diretta:
 - di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo; poliomielite a.a., meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, chok anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza;
 - di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato.

OSSERVAZIONI: A norma del Decreto Ministeriale di autorizzazione, l'assunzione senza visita medica è possibile solo se il capitale assicurato (tenendo conto anche di altre polizze in vigore sullo stesso Assicurato) non supera i 30 milioni di lire per le forme per il caso di morte temporanee o a vita intera e 40 milioni di lire per le altre forme. Inoltre l'età dell'Assicurato non può superare i 55 anni all'ingresso e 70 anni alla scadenza contrattuale oppure al termine previsto per il pagamento dei premi.

CAPITOLO C

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI (Operanti qualora la garanzia venga richiesta in proposta e richiamata in polizza)

Art. 1 **Definizione di infortunio**

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato.

Art. 2 **Pagamento della somma assicurata**

La somma assicurata viene corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre due anni dalla data dell'infortunio, purché questo ne sia causa diretta ed esclusiva e sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio. La somma assicurata viene corrisposta ai beneficiari indicati in polizza per il caso di morte.

Art. 3 **Rischi compresi**

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- malore ed incoscienza;
- imprudenze e negligenze anche gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sono inoltre considerati infortunio:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore.

Art. 4 **Servizio militare**

L'assicurazione resta operante anche durante il servizio militare di leva in tempo di pace, o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Art. 5 **Rischi esclusi e condizionati**

Sono esclusi gli infortuni causati:

- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particene atomiche (fissioni o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- da stato di ubriachezza, dall'abuso di alcoolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessario da infortunio.

Non sono compresi gli infortuni causati:

- dalla pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, deltaplano e sports aerei in genere, bob, rugby, base-bali e foot-ball americano;
- dalla partecipazione a competizioni - e relative prove - ippiche, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- dalla guida e uso (anche come passeggero) di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida di veicoli o natanti a motore non adibiti ad uso privato;
- da 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.

Art. 6 Diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa quando sull'assicurazione principale cessa, per qualsiasi motivo, la corresponsione dei premi o al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 70 anni.

Art. 8 Limiti territoriali

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento della somma assicurata verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

CAPITOLO E

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ

(Operanti qualora la garanzia venga richiesta in proposta e richiamata in polizza)

- Alt. 1 Se l'Assicurato, durante il periodo contrattuale, ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto in appresso previsto, la Società esonera il Contraente dal pagamento dei premi, relativi alla Polizza cui la presente assicurazione complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità.
- Art. 2 Ai sensi e per gli effetti della presente assicurazione complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale, la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.
- Art. 3 La garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti:
- a tentato suicidio;
 - ad infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile, dell'Assicurato;
 - a cause di guerra.
- Art. 4 **Denuncia dell'invalidità o obblighi relativi**
- Vèrificateasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo di lettera raccomandata, accludendo un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità
- A richiesta della Società il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:
- di rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di invalidità;
 - di fornire tutte le prove che la Società riterrà opportune per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
 - di consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.
- Art. 5 L'invalidità permanente e totale, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al precedente articolo.
- In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi ed il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare hanno l'obbligo:
- di ragguagliare la Società circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;

- di fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- di consentire che la Società accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

Art. 6 **Controversie e Collegio Arbitrale**

La Società si impegna a esprimersi entro 180 giorni dalla data di presentazione dei documenti richiesti all'Assicurato.

Qualora l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la Polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Società, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane, la constatazione dello stato d'invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio di tre medici i quali giudicheranno il merito inappellabilmente e senza formalità di procedura.

Dei tre medici anzidetti uno è nominato dalla Società, il secondo dal Contraente ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo arbitro.

- Art. 7 Finché lo stato di invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata l'invalidità, o la persistenza di essa, verrà invece restituito l'importo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

- Art. 8 Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente che all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi, dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio arbitrale previsto dall'art. 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

- Art. 9 In caso di annullamento o liberazione della Polizza la presente assicurazione complementare si estingue ed i sovrappremi pagati restano acquisiti dalla Società.

Art. 10 **Garanzie complementari**

Se la Polizza prevede anche altre garanzie complementari, tali garanzie cessano al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni Speciali.

CAPITOLO F

CLAUSOLA ESCLUSIONE PRESTITI

(Operante qualora sia indicato "chiede" nella proposta)

Premesso che la concessione di prestiti è subordinata alla maturazione del diritto al riscatto, si precisa che, a parziale deroga di quanto indicato nell'art. 8 delle Condizioni Generali di Polizza, e su esplicita richiesta del Contraente, nei primi cinque anni a decorrere dalla stipulazione del contratto, non è consentita la concessione di prestiti.

OSSERVAZIONI: Questa clausola è indispensabile per la detraibilità del premio dall'imponibile IRPEF in base a quanto previsto dal D.P.R. 29/9/1973 n° 597 e dall'alt. 5 della legge 13/4/1977 n° 114 e successive modifiche.
(Altra condizione necessaria è che la durata della polizza sia di almeno cinque anni).

CAPITOLO G

CONDIZIONI PER L'EMISSIONE DELLA POLIZZA - DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'Assicurando, quando ciò sia richiesto dalla forma di assicurazione stipulata, si obbliga a produrre alla Società, ed a lasciare in proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Dovrà rivolgersi a medici di gradimento della Società utilizzando supporti dalla stessa predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente gli oneri e spese conseguenti. Parimenti si obbliga, se si tratta di forma "senza visita medica" a compilare in modo completo ed esatto l'apposito "Questionario per polizze senza visita medica".

Il Contraente, se la proposta viene accettata senza modifiche, si obbliga a perfezionare il contratto entro un mese dalla data di emissione della Polizza o, in difetto, a pagare a titolo di penale una somma corrispondente al 2% del capitale e/o al 20% della rendita assicurata. Quest'ultima non si applica qualora con la proposta venga concessa la copertura provvisoria. In tal caso, valgono le norme previste al seguente Cap. H - punto d.

Il Contraente dichiara di essere consapevole che il Testo Unico delle Leggi sulle Assicurazioni Private al titolo XIII, cap. II, art. 99, dispone: «La proposta può essere accettata solo quando la risposta al questionario sia tale da escludere in modo assoluto una distrazione. Il Contraente è responsabile dei danni che possono derivare all'Impresa di Assicurazioni dalle dichiarazioni da lui rese, qualora queste risultino non conformi a verità.»

CAPITOLO H

COPERTURA PROVVISORIA

A condizione che sia stata versata la prima rata di premio e che il rischio sia assumibile senza visita medica (Ved. Cap. B), viene concessa la copertura provvisoria e pertanto, in deroga all'Art. 2 delle Condizioni Generali di Polizza, si da effetto alle garanzie assicurative a partire dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della proposta.

La Società si riserva di valutare il rischio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato sul Mod. V131 e si conviene quanto segue:

- a. in caso di applicazione di sovrappremi sanitari e/o professionali e/o sportivi come pure in caso di errori materiali nel calcolo del premio, la Polizza verrà emessa tenendo fermi la data di decorrenza e l'importo della prima rata di premio e modificando le prestazioni assicurative. Ai fini del perfezionamento viene richiesta la firma del Contraente sulla polizza;
- b. in caso di rifiuto del rischio, verrà data senza seguito la proposta e verrà rimborsato il premio pagato, al netto delle tasse;
- e. nel caso in cui sia stata versata la prima rata di premio e il rischio non risulti assumibile senza visita medica, il premio versato si intenderà anticipato in conto deposito sull'emittenda polizza alla quale non si applicheranno le norme di cui al presente capitolo;
- d. nel caso in cui la Polizza sarà emessa alle condizioni tutte riportate in proposta, il contratto si intenderà accettato e perfezionato alla data di sottoscrizione della proposta e - pertanto - non viene richiesta la firma del Contraente sulla polizza.

CAPITOLO I

CESSIONE LEGALE

Una quota della somma assicurata con la Polizza, viene ceduta all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, a norma dell'art. 23 del T.U. delle Leggi sulle Assicurazioni Private e Successive Modificazioni.

La quota ceduta è garantita dallo Stato.

In caso di rifiuto da parte dell'Istituto Nazionale, la Società ne darà comunicazione scritta all'interessato.

S.p.A. • Cap. Soc. L. 2.000.000.000
Sede e Dir. Gen.: 00198 ROMA
Via Po. 2.0 - Tel. (06) 560147

Telegrammi: SARASS 00198 ROMA
Telex: 614526 SARASS I • Casella
Postale n. 2432 - 00100 Roma A.D.

isc. N. 7115/85 Rag. Tri. Roma
Codice Risc. N. 07103240561
C.C.I.A.A. Roma. N. 556742

Autorizzazione all'esercizio delle as-
sicurazioni Vita con O.M. n° 16724
del 20/8/86 (G.U. n° 163 del 16/7/86)

Conservare qui:

- Copia della proposta (se è stata richiesta copertura provvisoria)
- Condizioni Speciali delle forme assicurative di base
- Polizza
- Appendici
- Ulteriore documentazione relativa alla polizza

Agenzia di

