

Tutela Vita

Assicurazione Temporanea per il Caso di
Morte a Capitale e Premio Annuo Costanti

sara vita

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa;
- b) Condizioni di Assicurazione;
- c) Glossario;
- d) Modulo di proposta

deve essere consegnato al Contraente
prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente
la Scheda sintetica e la Nota informativa**

Tutela Vita

Assicurazione temporanea per il caso di morte a
capitale e premio annuo costanti

Tariffa 212

Mod. V371/07

Sara Vita Spa

Sede e Direzione Generale:
Via Po 20 - 00198 Roma
Capitale Sociale Euro 20.000.000 (i.v.)
C.F. 07103240581 - PIVA 01687941003

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

Iscrizione Registro Tribunale Roma n. 7115/85
CCIAA Roma n. 556742
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento della Sara Assicurazioni Spa



Indice

NOTA INFORMATIVA		pag. 4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE		
SEZIONE A		
NORME VALIDE IN OGNI CASO		pag. 11
SEZIONE B		
LE CONDIZIONI DI CIASCUN CAPITOLO SONO VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN POLIZZA		
CAPITOLO 1	CONDIZIONI TARIFFARIE PER ASSICURATI NON FUMATORI	pag. 14
CAPITOLO 2	CONDIZIONI SPECIALI PER POLIZZE ASSUNTE SENZA VISITA MEDICA (CARENZA)	pag. 15
CAPITOLO 3	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI	pag. 16
CAPITOLO 4	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA FAMIGLIA	pag. 18
CAPITOLO 5	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INVALIDITÀ	pag. 19
CAPITOLO 6	CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DueD	pag. 21
GLOSSARIO		pag. 23
PRIVACY		pag. 27
MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE/VARIAZIONI CONTRATTUALI		pag. 31
MODULO DI PROPOSTA		pag. 33

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A) INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Informazioni generali

La Società che offre l'assicurazione è denominata SARA VITA spa, è una Società per azioni con capitale sociale di 20 milioni di euro interamente versati, è una Società facente parte del Gruppo ACI – Automobile Club Italia ed ha Sede in Italia, a Roma, Via Po n. 20 - 00198, tel. 06.84.751 – sito internet www.sara.it

E-mail: saravita@sara.it

La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento della SARA Assicurazioni spa - Assicuratrice Ufficiale dell'Automobile Club d'Italia, Via Po 20, Roma.

La Società è autorizzata 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.

La Società incaricata della revisione contabile e di bilancio è la Reconta Ernst&Young Spa, Via G. D. Romagnosi 18/A, 00196 ROMA.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

1) Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto prevede una durata minima di 2 anni ed una durata massima di 30 anni.

Le prestazioni assicurative garantite dal presente contratto consistono nel pagamento immediato, ai beneficiari designati, del capitale assicurato indicato in polizza in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza, questa si intenderà estinta ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Società.

A tale forma assicurativa possono essere abbinate, dietro

il pagamento del relativo premio, le seguenti coperture complementari, regolate dalle relative Condizioni speciali:

- *Infortuni*, le cui Condizioni speciali sono riportate al Capitolo 3 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione, che prevede la liquidazione di un ulteriore importo pari al capitale assicurato per il caso di morte, nell'ipotesi in cui il decesso dell'Assicurato sia dovuto a infortunio;
- *Garanzia famiglia*, le cui Condizioni speciali sono riportate al Capitolo 4 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione, che prevede l'ulteriore pagamento del capitale assicurato qualora, dopo la morte dell'Assicurato, si verifichi anche il decesso del suo coniuge entro la durata contrattuale;
- *Invalidità*, le cui Condizioni speciali sono riportate al Capitolo 5 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione, che garantisce l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale qualora l'Assicurato venga colpito da invalidità permanente e totale in seguito a infortunio o malattia;
- *DueD*, le cui Condizioni speciali sono riportate al Capitolo 6 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione, che garantisce il pagamento anticipato all'Assicurato del capitale previsto per il caso di morte, qualora l'Assicurato venga colpito da una delle seguenti malattie: infarto miocardio, ictus cerebrale, tumore, insufficienza renale, chirurgia vascolare, trapianto d'organo.

Il premio versato dal Contraente viene utilizzato, al netto dei costi descritti al punto 1 della successiva Sezione C, per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto.

Prestazione in caso di morte

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto viene liquidato, ai beneficiari designati, un importo pari al capitale assicurato indicato in polizza. Con la sottoscrizione del presente contratto, si acquisisce il diritto alla riscossione del capitale anche dopo il versamento di un solo premio.

Per l'emissione del contratto è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, effettuata presso un medico di fiducia della Società. Se l'età dell'Assicurato non è superiore a 60 anni, ed il capitale assicurato non è superiore a € 200.000,00, è tuttavia possibile per

l'Assicurato limitarsi alla compilazione del questionario sanitario; **in tal caso la garanzia sarà operante a partire dal sesto mese successivo alla data di entrata in vigore dell'assicurazione**, come specificato nelle condizioni di carenza riportate nel Capitolo 2 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere onde evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.

Pertanto si raccomanda di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

2) Premi

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età ed al sesso

dell'Assicurato. Si tiene conto inoltre dello stato di salute, delle abitudini di vita e delle attività professionali svolte.

Il premio viene versato con periodicità annuale e potrà essere frazionato in rate semestrali o trimestrali, con l'applicazione, su ciascuna rata, di interessi, come specificato alla successiva sezione C punto 1 lett. e). Esso è corrisposto nei termini previsti all'articolo 6 della Sezione A delle Condizioni di assicurazione, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato, e secondo le modalità di seguito descritte.

Il premio può essere versato in una delle seguenti modalità previste dalla Società: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società, oppure intestati all'intermediario espressamente in tale qualità; ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'intermediario espressamente in tale qualità.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti - Tariffa 212

Importi di premio lordo

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti alla professione, agli hobbies ed allo stato di salute dell'Assicurando, valutazioni che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica). Nelle tabelle sottostanti per Fum. si intende: Assicurato che fuma attualmente o che ha smesso di fumare da meno di due anni e per NON Fum. si intende: Assicurato che non fuma né sigari né sigarette da almeno due anni.

Capitale assicurato: € 50.000,00

Età	Maschi						Femmine					
	Durata						Durata					
	10		15		20		10		15		20	
	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum
30	97,50	95,50	104,00	97,50	118,50	105,50	93,00	88,50	94,50	90,50	99,50	93,00
35	108,00	99,50	128,00	110,50	156,00	130,00	97,50	95,50	104,00	97,50	118,50	105,50
40	147,50	119,50	182,50	145,50	234,00	181,50	108,00	99,50	128,00	110,50	156,00	130,00
45	222,00	172,50	286,00	217,00	371,50	281,00	147,50	119,50	182,50	145,50	234,00	181,50
50	355,00	267,00	461,00	346,50	588,00	448,00	222,00	172,50	286,00	217,00	371,50	281,00

Capitale assicurato: € 100.000,00

Età	Maschi						Femmine					
	Durata						Durata					
	10		15		20		10		15		20	
	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum	Fum	NON Fum
30	165,00	161,00	178,00	165,00	207,00	181,00	156,00	147,00	159,00	151,00	169,00	156,00
35	186,00	169,00	226,00	191,00	282,00	230,00	165,00	161,00	178,00	165,00	207,00	181,00
40	265,00	209,00	335,00	261,00	438,00	333,00	186,00	169,00	226,00	191,00	282,00	230,00
45	414,00	315,00	542,00	404,00	713,00	532,00	265,00	209,00	335,00	261,00	438,00	333,00
50	680,00	504,00	892,00	663,00	1146,00	866,00	414,00	315,00	542,00	404,00	713,00	532,00

Capitale assicurato: € 200.000,00

Età	Maschi						Femmine					
	Durata						Durata					
	10		15		20		10		15		20	
	Fum	NON Fum										
30	300,00	292,00	326,00	300,00	384,00	332,00	282,00	264,00	288,00	272,00	308,00	282,00
35	342,00	308,00	422,00	352,00	534,00	430,00	300,00	292,00	326,00	300,00	384,00	332,00
40	500,00	388,00	640,00	492,00	846,00	636,00	342,00	308,00	422,00	352,00	534,00	430,00
45	798,00	600,00	1054,00	778,00	1396,00	1034,00	500,00	388,00	640,00	492,00	846,00	636,00
50	1330,00	978,00	1754,00	1296,00	2262,00	1702,00	798,00	600,00	1054,00	778,00	1396,00	1034,00

C) INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE**1) Costi**

Il contratto prevede i seguenti costi a carico del Contraente:

- spese di emissione: sono pari ad € 5,00 applicate sulla rata di perfezionamento;
- diritti: sono pari ad € 2,50 applicati su tutte le rate di premio successive;
- costo fisso: pari ad € 25,00 applicato su ogni rata di premio;
- caricamenti: pari al 15,00% del premio, al netto delle spese di emissione, dei diritti e del costo fisso;
- interessi di frazionamento: in caso di frazionamento del premio annuo in rate semestrali o trimestrali, è prevista l'applicazione, su ciascuna rata, di interessi pari rispettivamente al 2% ed al 3%.

2) Misure e modalità di eventuali sconti

Sono previste tassazioni favorevoli per assicurati di sesso femminile e/o non fumatori, ottenute riducendo l'età dell'Assicurato rispettivamente di 5 anni per le femmine e

di 3 anni per i non fumatori. Le condizioni tariffarie per Assicurati non fumatori sono riportate al Capitolo 1 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione.

3) Regime fiscale**Regime fiscale dei premi**

- La quota parte del premio lordo versato dal Contraente riferita alla garanzia complementare infortuni è soggetta ad imposta, attualmente pari al 2,50%.
- Il premio versato annualmente dal Contraente da diritto ad una detrazione di imposta alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Attualmente la detrazione di imposta è commisurata al 19% del premio versato. In virtù della detrazione di imposta, il costo effettivo della polizza risulta pertanto inferiore al premio versato.

Regime fiscale delle prestazioni

Le somme corrisposte dalla Società in caso di morte dell'Assicurato, non costituiscono reddito imponibile e pertanto sono esenti da tassazione.

D) ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

1) Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende perfezionato nel momento in cui avviene il pagamento del premio e la sottoscrizione del contratto da parte del Contraente.

Le garanzie assicurative decorrono dalla data di perfezionamento del contratto, fatta salva l'applicazione della carenza dei sei mesi prevista al Capitolo 2 della Sezione B delle Condizioni di assicurazione.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva al versamento del premio, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno di decorrenza

2) Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente può sospendere il versamento dei premi. Trascorsi 15 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, la garanzia viene sospesa ed il contratto si estingue automaticamente con l'**acquisizione da parte della Società di tutti i premi versati (rescissione)**. Il Contraente ha diritto di riattivare il contratto entro il termine di 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, dietro versamento di tutte le rate arretrate maggiorate degli interessi legali. La riattivazione può anche avvenire entro il termine massimo di un anno 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 decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo della rate di premio arretrate e dei relativi interessi legali ed il Contraente ha perfezionato la relativa appendice.

3) Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede né riduzione né riscatto.

4) Condizioni assuntive

L'età minima all'ingresso dell'Assicurato è di 18 anni, l'età massima all'ingresso è di 75 anni.

L'età massima dell'Assicurato a scadenza è di 85 anni.

Il capitale minimo assicurabile è di € 50.000,00.

5) Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, come definita nell'articolo 2 della Sezione A delle Condizioni di assicurazione, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, ottenendo la restituzione delle somme eventualmente corrisposte.

La revoca dovrà essere esercitata mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata alla sede della Società e così intestata: SARA VITA spa – Via Po 20 – 00198 ROMA.

La Società è tenuta a restituire tali somme entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

6) Diritto di recesso

Entro i trenta giorni successivi alla conclusione del contratto, come definita nell'articolo 2 della Sezione A delle Condizioni di assicurazione, il Contraente può recedere dal contratto.

Il recesso dovrà essere esercitato mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: SARA VITA spa - Via Po 20 – 00198 ROMA.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborserà al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle altre spese specificate nel contratto, sotto la voce spese di emissione, come meglio precisato nell'articolo 15 della Sezione A delle Condizioni di assicurazione.

7) Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni

Al verificarsi dell'evento previsto in polizza, il beneficiario, al fine di ottenere la liquidazione della prestazione, dovrà consegnare alla Società i documenti previsti nell'articolo 12 della Sezione A delle Condizioni di assicurazione.

La Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta e della documentazione completa.

Si ricorda che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del codice civile).

8) Legge applicabile al contratto

Al presente contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa

legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

9) Lingua in cui è redatto il contratto

Il presente contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana.

10) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

SARA VITA spa

Assistenza Clienti - Via Po, 20, 00198 ROMA

Tel. 06.8475301 - Fax 06.8475259/251

E-mail gest.reclami@sara-vita.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06/42.133.1, quale organo

preposto ad esaminare i reclami, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

11) Informativa in corso di contratto

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, anche per effetto di modifiche alla normativa successiva alla conclusione del contratto, con riferimento alle informazioni contenute nella presente Nota Informativa.

12) Comunicazioni del Contraente alla Società

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla circostanza che, ai sensi dell'articolo 1926 del codice civile, lo stesso è tenuto a comunicare alla Società eventuali modifiche di professione dell'Assicurato intervenute in corso di contratto.

SARA VITA spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Vittorio De Rossi
Direttore Generale



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

NORME VALIDE IN OGNI CASO

Art. 1 Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dalle appendici rilasciate dalla Società stessa.

Art. 2 Entrata in vigore e conclusione del contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la rata di perfezionamento indicata in polizza, alle ore 24 del giorno in cui la polizza sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva al versamento del premio, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno di decorrenza.

La data di entrata in vigore dell'assicurazione rappresenta anche la data in cui il contratto si intende concluso fra le Parti.

Art. 3 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni rese in proposta dal Contraente e dall'Assicurato, sulla base delle quali viene emesso il contratto, devono essere esatte e complete.

Decorsi 6 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 assicurato in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella dichiarata 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 di cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' 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 dall'Autorità competente;
- 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.

Art. 5 Prestazioni

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale assicurato indicato in polizza.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza, questa si intenderà estinta ed i premi versati resteranno acquisiti alla Società.

Art. 6 Pagamento del premio

Le prestazioni assicurative descritte al precedente articolo 5 vengono garantite dietro versamento, da parte del Contraente, del premio annuo indicato in polizza.

Il premio annuo è determinato in base all'ammontare delle garanzie prestate, all'età dell'Assicurato e alla durata contrattuale; si tiene conto inoltre del suo stato di salute, delle sue abitudini di vita, del sesso e delle attività professionali svolte.

Il premio annuo è anticipato, dovuto cioè all'inizio del periodo assicurativo al quale si riferisce e verrà corrisposto in misura costante per tutta la durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo di decesso dell'Assicurato.

Il premio annuo è dovuto per intero, anche se in polizza sono indicate diverse componenti dello stesso premio in relazione a distinte garanzie assicurative e può essere frazionato in rate semestrali o trimestrali.

I premi debbono essere pagati contro quietanze emesse dalla Direzione Generale della Società, presso la sede dell'Agenzia cui è assegnata la polizza.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o la riscossione di premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Il pagamento del premio deve avvenire alla scadenza convenuta. Qualora il pagamento avvenga oltre il quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza pattuita, sull'importo del premio si applicheranno gli interessi legali per il periodo compreso tra la data di scadenza e la data di pagamento del premio. Gli interessi

legali saranno applicati o in aumento di successive rate di premio o in diminuzione di una qualunque liquidazione. Salvo il caso di recesso, il premio di primo anno è dovuto per intero, anche se frazionato in rate semestrali o trimestrali.

Art. 7 Rescissione

Trascorso il termine di 15 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, si determina la risoluzione del contratto (rescissione) ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Art. 8 Riattivazione

Entro il termine di 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

La riattivazione può pure avvenire entro il termine massimo di un anno 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 decidere 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 dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e dei relativi interessi legali ed il Contraente ha perfezionato la relativa appendice.

La riattivazione del contratto, in precedenza rescisso a seguito del mancato pagamento dei premi, ed effettuata nei termini di cui ai commi precedenti, ripristina le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Art. 9 Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede né riscatto né riduzione.

Art. 10 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. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che

pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Art. 11 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:

- 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;
- dopo la morte del Contraente;
- 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 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. 12 Pagamenti della Società

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, prima di procedere al pagamento, dovranno essere consegnati alla Società i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

In particolare vengono richiesti:

- certificato di nascita dell'Assicurato quando questi sia persona diversa dal Contraente; tale certificato o documento identificativo equivalente potrà essere consegnato sin dal momento della stipula del contratto;
- originale di polizza;
- originali degli eventuali atti di variazione contrattuale (Appendici);
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dalla Società;
- eventuale documentazione di carattere sanitario necessaria per verificare l'esattezza e completezza delle dichiarazioni dell'Assicurato, prima della stipulazione del contratto, circa il suo stato di salute.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine, ed a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi moratori, nella misura prevista dalla legge, a favore dei beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

Art. 13 Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza (situato in Italia) del Contraente o del beneficiario avente diritto alla prestazione.

Art. 14 Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

Art. 15 Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso, come definita al

precedente articolo 2, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata a:

SARA VITA spa – Via Po, 20 – 00198 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e di eventuali imposte.

La Società ha diritto di recuperare, oltre alla quota parte di premio relativa al rischio corso, anche le spese sostenute per l'emissione del contratto indicate in polizza alla voce "spese di emissione".

SEZIONE B

LE CONDIZIONI DI CIASCUN CAPITOLO SONO VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN POLIZZA

CAPITOLO 1

CONDIZIONI TARIFFARIE PER ASSICURATI NON FUMATORI

A condizione che l'Assicurato dichiara di non aver mai fumato né sigari né sigarette negli ultimi 24 mesi precedenti l'entrata in vigore della polizza, il contratto viene assunto con applicazione delle condizioni tariffarie riservate agli Assicurati non fumatori.

A tal fine il Contraente o l'Assicurato si impegnano a comunicare alla Società l'eventuale inizio o ripresa a fumare dell'Assicurato entro i tre mesi successivi. In tal caso la Società provvederà a ridurre l'importo del capitale assicurato indicato in polizza.

Il Contraente prende atto che in caso di falsa dichiarazione o mancata comunicazione di cui sopra,

l'importo del capitale assicurato indicato in polizza sarà ridotto ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Il Contraente o l'Assicurato si impegnano inoltre a fornire nuova dichiarazione circa l'abitudine al fumo dell'Assicurato entro il terzo mese precedente la scadenza di ogni quinquennio di assicurazione; in mancanza di tale dichiarazione, la Società provvederà comunque a ridurre l'importo del capitale assicurato indicato in polizza a partire dalla prima ricorrenza anniversaria successiva al termine del quinquennio suddetto.

CAPITOLO 2

CONDIZIONI SPECIALI PER POLIZZE ASSUNTE SENZA VISITA MEDICA (CARENZA)

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni di cui alla Sezione A, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore della polizza e la stessa sia al corrente col pagamento dei premi, la Società corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto delle spese di emissione, dei diritti, di eventuali interessi di frazionamento e di eventuali imposte.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti – espressamente richiamati nel testo della polizza stessa – l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva delle assicurazioni sostituite, a partire dalle rispettive date di entrata in vigore.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore della polizza la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo,

- poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'articolo 4 della Sezione A ed al successivo Capitolo 3) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dall'entrata in vigore della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora la polizza risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto delle spese di emissione, dei diritti, di eventuali interessi di frazionamento e di eventuali imposte.

CAPITOLO 3

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, la Società liquiderà, in aggiunta alla prestazione descritta all'articolo 5 della Sezione A, un ulteriore importo pari al capitale assicurato indicato in polizza.

Per la validità di tale garanzia, l'infortunio deve essere causa diretta ed esclusiva del decesso e sull'esito letale non devono aver influito condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, l'evento mortale deve verificarsi non oltre due anni dalla data dell'infortunio e l'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dal verificarsi dello stesso.

Il premio relativo a tale garanzia complementare verrà versato unitamente a quello corrisposto a fronte delle prestazioni di cui all'articolo 5 della Sezione A, pur essendo indicato separatamente in polizza.

L'assicurazione complementare comprende anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) la folgorazione;
- f) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- g) gli infortuni subiti in stato di maleore od incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- j) gli infortuni derivanti dalla guida e/o dall'uso di tutti i veicoli o natanti, salvo quanto previsto al successivo articolo 2.

Art. 2 Rischi esclusi dall'assicurazione

Ferme restando le esclusioni previste all'articolo 4 della Sezione A, la garanzia infortuni è esclusa per gli infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo.

La stessa garanzia è esclusa anche per gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili,

compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico di passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati su aeromobili di Aeroclubs, su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;

- 2) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- 3) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 4) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) da guerre ed insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra e da insurrezioni che l'Assicurato subisca al di fuori della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 gg. dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello stato nel quale insorge la guerra o insurrezione e non abbia partecipato attivamente agli atti di guerra o insurrezione;
- 6) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati :

- 7) dalla pratica di sport comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli e di natanti a motore;
- 8) dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni sport comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- 9) dalla pratica dei seguenti sport: salto del trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, scalata di rocce o ghiacciai, gare di sci in discesa libera, speleologia; pugilato, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, immersioni subacquee con autorespiratore, snow board, sci estremo, atletica pesante, uso di canoa nei tratti montani di fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (rafting);
- 10) dalla partecipazione a gare e relative prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle Federazioni Sportive competenti per le

attività di sport equestri e ciclismo;
11) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;

Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplezia e le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione salvo quelle di origine traumatica.

Art. 3 Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 4 Riduzione del capitale assicurato per limiti di età

Il capitale dell'assicurazione complementare infortuni viene ridotto al 50%, fermo il premio, a partire dalla ricorrenza anniversaria successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Art. 5 Norme di coordinamento con le Condizioni di cui alla Sezione A

Se l'assicurazione principale è stata assunta senza visita medica, l'assicurazione infortuni è valida anche durante il previsto periodo di carenza.

Qualora venga a cessare, per qualsiasi motivo, il

pagamento dei premi dell'assicurazione di base, tale assicurazione complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati; questi ultimi rimangono acquisiti alla Società. L'assicurazione complementare potrà tuttavia essere rimessa in vigore con l'assicurazione principale.

Per quanto non è previsto dalle Condizioni della presente assicurazione complementare valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla Sezione A.

Art. 6 Condizioni particolari per i Soci ACI (valide solo se espressamente richiamate in polizza)

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di incidente stradale, la Società liquiderà un ulteriore importo pari al capitale assicurato indicato in polizza.

Per incidente stradale si intende l'infortunio subito in qualità di pedone oppure a bordo di autoveicoli o di mezzi circolanti su rotaie e conseguente a collisione accidentale con altro veicolo, urto contro ostacoli fissi e mobili, ribaltamento ed uscita di strada.

Il pagamento della suddetta prestazione verrà effettuato solo previa dimostrazione che il Contraente o l'Assicurato sia in regola con il pagamento della quota associativa all'ACI alla data dell'incidente che ha causato la morte dell'Assicurato.

CAPITOLO 4

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE GARANZIA FAMIGLIA

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione garantisce il pagamento del capitale in caso di morte del coniuge dell'Assicurato, a condizione che il decesso avvenga successivamente alla morte dell'Assicurato o nello stesso giorno, ma non oltre la scadenza del contratto e che, al decesso del coniuge, sopravviva uno dei figli beneficiari.

Art. 2 Rischi esclusi dall'assicurazione

La garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa per i casi di esclusione previsti dall'articolo 4 della Sezione A.

Art. 3 Norme di coordinamento con le Condizioni di cui alla Sezione A

Qualora il pagamento dei premi dell'assicurazione di base venga a cessare per motivi diversi dalla morte dell'Assicurato, l'assicurazione complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati; questi ultimi rimangono acquisiti alla Società. L'assicurazione complementare potrà tuttavia essere rimessa in vigore con l'assicurazione principale. Per quanto non è previsto dalle Condizioni della presente assicurazione complementare valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla Sezione A.

CAPITOLO 5

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INVALIDITÀ

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

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 di seguito specificato, 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 Definizione di invalidità

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 Rischi esclusi dall'assicurazione

La garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti alle esclusioni di cui all'articolo 4 della Sezione A.

Art. 4 Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

Verificatasi 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 Effetti dell'invalidità

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 Obblighi fino all'accertamento dell'invalidità

Finché lo stato di invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei

premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni di cui alla Sezione A 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 Cessazione dell'invalidità

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'articolo 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni di cui alla Sezione A relative al mancato pagamento dei premi.

Art. 9 Norme di coordinamento con le Condizioni di cui alla Sezione A

Quando il pagamento dei premi dell'assicurazione di base venga a cessare per qualsiasi motivo, l'assicurazione complementare cessa in tutti i suoi effetti, qualunque sia il numero dei premi pagati; questi ultimi rimangono acquisiti alla Società. L'assicurazione complementare potrà tuttavia essere rimessa in vigore con l'assicurazione principale.

Per quanto non è previsto dalle Condizioni della presente assicurazione complementare valgono, purché non contrastanti, le Condizioni di cui alla Sezione A.

Art. 10 Decadenza di altre assicurazioni complementari

Se la polizza prevede anche altre assicurazioni complementari, esse cessano al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni speciali.

CAPITOLO 6

CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DueD

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

Qualora l'Assicurato venga colpito, entro la durata dell'assicurazione come definita al successivo articolo 2, dall'insorgere di una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi del successivo articolo 3, la Società corrisponderà all'Assicurato il 50% dell'importo liquidabile in caso di morte.

Il rimanente 50% sarà liquidato, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza della polizza, ai beneficiari designati oppure, in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza della polizza, all'Assicurato stesso.

Art. 2 Durata dell'assicurazione complementare

La durata dell'assicurazione complementare è la medesima dell'assicurazione di base se l'età dell'Assicurato al termine è inferiore a 65 anni. In caso contrario la garanzia della presente assicurazione complementare termina all'anniversario della data di decorrenza di polizza più prossima alla data di compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 3 Definizione di malattie gravi

Sono considerate indennizzabili alle condizioni di cui ai successivi articoli le seguenti malattie gravi:

Infarto miocardico:

Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione di muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno.

La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri:

- a) storia del dolore cardiaco tipico;
- b) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- c) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) comparsa di alterazioni della cinetica parietale all'ecocardiogramma.

Chirurgia cardiovascolare:

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvole con protesi meccanica o biologica.

Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio, l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.

Ictus cerebrale:

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.).

L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

Tumore:

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa.

Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke; sono altresì esclusi i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza.

Insufficienza renale:

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Trapianto d'organo:

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.

Art. 4 Denuncia, accertamento e liquidazione delle prestazioni

Verificatasi una delle malattie gravi indicate al precedente articolo 3, il Contraente, l'Assicurato od altra persona in loro vece deve, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, farne denuncia alla Società, mediante lettera raccomandata alla Direzione Generale della Società stessa, e deve inoltre fornire a questa, sempre a mezzo di lettera raccomandata, una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

A richiesta della Società, il Contraente, o l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione accessoria, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave;
- a fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento entro i successivi 30 giorni.

Il decesso dell'Assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità della malattia grave e comporta la liquidazione agli eventi diritto del capitale assicurato per tale evento, mentre l'eventuale somma ulteriormente pagabile per l'evento di morte viene corrisposta ai beneficiari a tal fine designati.

Qualora il decesso dell'Assicurato, intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, le prestazioni dovute per il caso di morte vengono corrisposte ai beneficiari designati, mentre nessuna somma è dovuta per la garanzia di malattia grave.

Finché la malattia grave non sia stata definitivamente accertata, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni di cui alla Sezione A relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata la malattia grave, verrà invece restituito l'imporlo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di denuncia della malattia stessa.

Con l'accertamento della malattia grave cessano le garanzie prestate con l'assicurazione di base e le eventuali assicurazioni complementari. La polizza rimane in vigore, fino alla scadenza pattuita, esclusivamente per la liquidazione del 50% di cui all'articolo 1.

Art. 6 Controversie – Arbitraggio irrituale

Nel caso in cui la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile dalla Società, il Contraente, purchè la

polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di promuovere, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto in comune accordo dalle due parti. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratori etc.).

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di parti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 7 Norme di coordinamento con le Condizioni di cui alla Sezione A

Il premio della presente assicurazione complementare è dovuto per la durata della stessa a condizione che l'Assicurato sia in vita o non sia colpito da malattia grave. La presente assicurazione complementare non ammette valore di riduzione o di riscatto, e viene annullata in caso di annullamento dell'assicurazione base.

Sono escluse dall'indennizzo le malattie gravi dovute alle stesse cause per le quali l'articolo 4 della Sezione A esclude la copertura del rischio di morte.

Per quanto non è previsto dalle Condizioni della presente assicurazione complementare valgono, purchè non contrastanti, le Condizioni di cui alla Sezione A.

GLOSSARIO

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo, per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Caricamenti: parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Condizioni di assicurazione (o di polizza): insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Contratto (di assicurazione sulla vita): contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al beneficiario un capitale o una rendita quando si verifici un evento attinente alla vita dell'assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi o spese di emissione): oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti o omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diritti (o interessi) di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Età assicurativa: modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- nota informativa;
- condizioni di assicurazione;
- glossario;
- modulo di proposta.

Garanzia complementare (o accessoria): garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la

garanzia esonero pagamento premi in caso di invalidità.

Garanzia principale: garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Impignorabilità e inesquestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Impresa di assicurazione: vedi “Società”.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione: pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Nota informativa: documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perfezionamento del contratto: momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito e la sottoscrizione del contratto da parte del Contraente.

Periodo di copertura (o di efficacia): periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di

versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio di tariffa: somma del premio puro e dei caricamenti.

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio, per questa specifica forma contrattuale, ogni semestre oppure ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società applica una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premorienza: morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di adeguatezza: principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze ed alla sua propensione al rischio.

Proposta di assicurazione: documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente,

con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso (o ripensamento): diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca: diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli Assicurati. La legge impone alle società di assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva ed alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

Società (di assicurazione): la SARA VITA spa, Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Trasformazione: richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

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

PRIVACY

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13
DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N. 196
RECANTE IL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.
(Area industriale assicurativa)**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 recante il codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità assicurative quali, a titolo esemplificativo, conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti della Società stessa;
- c) può riguardare la rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e lo svolgimento di ricerche di mercato ed indagini statistiche.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 1, comma 2. lett. b), della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, consultazione, comunicazione e conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; è previsto l'utilizzo del telefono, del fax e della posta elettronica;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, nonché da società di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento. Si tratta in particolare di soggetti quali: mediatori di assicurazione e riassicurazione, promotori finanziari, produttori e canali di acquisizione di assicurazione, altri soggetti inerenti lo specifico rapporto, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per conto della Società quali legali, periti, medici,

società di servizi per il quietanzamento, centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi amministrativi, società di servizi assicurativi, società di servizi postali, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Fermo restando l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi in cui al punto 3. lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso in cui al punto 3. lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI

Nel rispetto delle modalità sopra indicate, strettamente necessarie per effettuare le attività di trattamento dati sopra descritte:

- a) I dati personali potranno essere comunicati – sia per le finalità di cui al punto 1, lett. a), sia per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia,

promotori finanziari, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), legali, nonché Società di Servizi informatici o di archiviazione, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministeri competenti, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione COVIP, CONSOB ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni);

- b) Inoltre, in caso di Suo consenso, i dati personali potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1. lett. b) e c), a Società di servizi di cui Sara Vita si avvale (quali agenti, promotori finanziari, società di servizi postali, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela) ed alle altre Società del Gruppo (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), che provvederanno al loro trattamento nella qualità di autonomi Titolari per il perseguimento delle stesse finalità di:
- rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e svolgimento di ricerche di mercato e indagini statistiche;
 - promozione di propri prodotti o servizi.

L'elenco dei destinatari della comunicazione, ivi compreso l'elenco delle Società del Gruppo, costantemente aggiornato, può essere agevolmente conosciuto scrivendo a Sara Vita S.p.A., presso la sede della Società.

5 BIS. CONOSCENZA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA

I dati possono essere trattati da parte dei responsabili e degli incaricati dei trattamenti delle Aree industriale assicurativa ed amministrativa, nonché dall'Area commerciale e marketing, in caso di prestazione del consenso per le finalità promozionali e di rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti all'estero a società terze che - nell'ambito delle finalità sopra indicate - prendono parte ai processi aziendali della Società.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

TITOLARE del trattamento dei dati è: Sara Vita S.p.A. - Sede e Direzione Generale: 00198 Roma - Italia - Via Po, 20 - Tel. 068475.1.

L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile nel sito: www.saravita.it

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER DECESSO DELL'ASSICURATO

N.B.: Per una più sollecita definizione della liquidazione si consiglia di inviare il modulo completo di tutti dati allegando tutta la documentazione prevista.

Polizza n. Contraente Agenzia di	
DATI DEI BENEFICIARI	
1) Cognome e Nome	Data di nascita
C.F. Professione	
indirizzo	
2) Cognome e Nome	Data di nascita
C.F. Professione	
indirizzo	
DOCUMENTAZIONE NECESSARIA	
ORIGINALI DI POLIZZA E APPENDICI	<input type="checkbox"/>
CERTIFICATO DI MORTE DELL'ASSICURATO AVVENUTA IL	<input type="checkbox"/>
RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA MORTE (Mod. V321)	<input type="checkbox"/>
VERBALE DI P.S. SULL'INFORTUNIO MORTALE	<input type="checkbox"/>
COPIE DELLE CARTELLE CLINICHE RELATIVE AI RICOVERI DEL	<input type="checkbox"/>
COPIA DEL TESTAMENTO (ovvero atto notorio attestante la mancanza)	<input type="checkbox"/>
ATTO NOTORIO CIRCA EREDI LEGITTIMI (se beneficiari sono gli eredi legittimi)	<input type="checkbox"/>
DECRETO GIUDICE TUTELARE SULLA RISCOSSIONE DEL CAPITALE (se tra i beneficiari vi sono minorenni)	<input type="checkbox"/>
	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (Barrare con «X»)

I sottoscritti Beneficiari dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 recante il codice in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi degli articoli 23, 26, e 43 del Codice acconsentono al trattamento dei dati sensibili che li riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice e, inoltre acconsentono:

- al trattamento, dei dati personali comuni che li riguardano, per la rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela effettuata da noi o, per nostro conto, da società specializzate cui, a tale scopo, potremo comunicare i dati, anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

- al trattamento, dei dati personali comuni che li riguardano, per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti o servizi delle Società del Gruppo effettuate da noi o, per nostro conto, da società specializzate cui, a tale scopo, potremo comunicare i dati, anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

- alla comunicazione a Società del Gruppo che utilizzano dati per rilevare la qualità o i bisogni della clientela e/o effettuare attività promozionali relativi a prodotti o servizi delle Società del Gruppo anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente informativa.

FIRMA DEI BENEFICIARI

Occorre la firma di tutti i Beneficiari. In caso di minori la richiesta va avanzata dal Tutore allegando il documento di autorizzazione del Giudice Tutelare.

Data

RISERVATO ALL'AGENZIA	
Si dichiara che le firme dei Beneficiari sono state apposte in mia presenza e che sono autentiche.	
L'ultima quietanza di premio pagata è stata registrata su Diario Cassa n°	del
La presente richiesta è stata anticipata via fax	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si allegano inoltre	
<input type="checkbox"/> Titoli insoluti scaduti il	L'Agente

AGENZIA DI
POLIZZA N° CONTRAENTE

A) RICHIESTE VARIAZIONI CONTRATTUALI

(con emissione di appendice da parte della Società)

1) VARIAZIONI BENEFICIARI

- Nuovi Beneficiari per il caso di morte

2) FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Nuovo frazionamento: A S T a partire dalla ricorrenza anniversaria successiva alla richiesta

3) CAMBO CONTRAENZA

NUOVO CONTRAENTE

Cognome e Nome Luogo e data di nascita

Indirizzo

Codice fiscale

Professione Codice

Prof.		Sett.	

 il

Documento identificativo N. rilasciato da il

Tipo: 1 carta d'identità 2 passaporto 3 patente 4 altri 5 porto d'armi 6 Tess. postale

N.B. Il nuovo Contraente si impegna a corrispondere tutti i premi relativi alle rate insolte alla data della presente.

Il nuovo Contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 recante il codice in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del Codice acconsente al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, funzione al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice e, inoltre acconsente:

- al trattamento, dei dati personali comuni che lo riguardano, per la rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela effettuata da noi o, per nostro conto, da società specializzate cui, a tale scopo, potremo comunicare i dati, anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

- al trattamento, dei dati personali comuni che lo riguardano, per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti o servizi delle Società del Gruppo effettuate da noi o, per nostro conto, da società specializzate cui, a tale scopo, potremo comunicare i dati, anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

- alla comunicazione a Società del Gruppo che utilizzano i dati per rilevare la qualità o i bisogni della clientela e/o effettuare attività promozionali relativi a prodotti o servizi delle Società del Gruppo anche con uso di telefono o posta elettronica; SI NO

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente informativa.

Firma del nuovo Contraente

4) RIATTIVAZIONE

Si chiede la riattivazione della polizza sulla quale è stato sospeso il pagamento dei premi dal A tal fine si allega dichiarazione dell'Assicurato sul proprio stato di salute, sull'attività professionale ed extra redatta sul Mod. V342.

5) RETTIFICA NOMINATIVO

- dell'Assicurato

- del Contraente (Cod. Fisc.)

- del Beneficiario

B) COMUNICAZIONI E RETTIFICHE

(senza emissione di appendice)

1) VARIAZIONE INDIRIZZO DEL CONTRAENTE

Nuovo indirizzo

2) TRASFERIMENTO DELLA POLIZZA

Si chiede che la gestione della polizza venga affidata all'Agenzia di

con effetto dalla rata di premio di

Data

Il Contraente

RISERVATO ALL'AGENZIA

Si dichiara che le firme dei Beneficiari sono state apposte in mia presenza e che sono autentiche.

L'ultima quietanza di premio pagata con scadenza il è stata registrata su Diario Cassa n° del

Si allegano inoltre

Mod. V342

Titoli insoluti scaduti il

L'Agente

In questi casi allegare eventuali titoli insoluti

MODULO DI PROPOSTA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con relativo stato di salute, con relativo costo a suo carico.

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria _____
- 2) Nella sua occupazione è esposto a particolari pericoli? NO SI quali? _____
(es.: contatto con materie velenose, esplosive, condutture ad alta tensione; accesso ad impalcature, ponti, cave; guida autocarri o autotreni, ecc.)
- 3) Pratica attività, sports aeronautici? (**) NO SI quali? _____
- 4) Pratica o intende praticare qualche attività sportiva? (**)
(ad es.: pesca subacquea, alpinismo, equitazione, pugilato, automobilismo, motociclismo, motonautica, ecc.) NO SI quali? _____
- 5) Misure somatiche:
Peso Kg. Altezza cm.
- 6) Pressione arteriosa:
Minima Massima
- 7) Si è mai sottoposto a trattamenti farmacologici? Per quali patologie? NO SI quali? _____
- 8) È attualmente fumatore? Quanto fuma e da quando?
Se ha fumato in passato, quando ha smesso? NO SI _____
- 9) Beve attualmente alcolici? Quanto e da quando? NO SI _____
- 10) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?
Quali e per quanto tempo? NO SI _____
- 11) Ha mai praticato esami clinici (ad es.: esami del sangue, radiologi, TAC, RM, visite specialistiche)? NO SI quali? _____
È emersa qualche alterazione? NO SI quale? _____
- 12) Ha mai subito ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici (con degenza notturna o in day hospital) diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale? NO SI Epoca e motivo _____
- 13) Si è mai sottoposto a test HIV e/o per epatite B e C? Con risultato? NO SI Test _____ Esito _____
- 14) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi (indicare epoca e natura): NO SI _____
(esclusi comuni esantemi dell'infanzia)
- 15) È attualmente incinta? A quale mese di gestazione? NO SI mese? _____

(**) Compilare questionario supplementare

L'Assicurando dichiara che le informazioni e le risposte date nella presente proposta, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurando 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 la modulistica dalla stessa predisposta e sarà tenuto a regolarsi direttamente gli oneri e le spese conseguenti; proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che l'hanno avuto in cura o visitato o che potrebbero curarlo in futuro, nonché le altre persone alle quali la Società creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

L'Assicurando _____

_____, li _____

L'Agente _____
(per autenticità delle firme)

sara vita

Via Po, 20 - 00198 Roma
www.saravita.it

I dati contenuti nel presente Fascicolo Informativo sono aggiornati alla data del 1 Luglio 2007

