

## Sara TutelaVita Plus a premio unico

### Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale costante e premio unico

<b>Agenzia</b>					<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>		
	241		XX			
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legittimo rappresentante)						
<small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small>						
Socio ACI: <b>SI</b> se si indicare il numero della tessera ACI e la data di scadenza						
Cognome e Nome		Sesso		Codice Fiscale		
Data di nascita	Luogo di nascita			Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza		CAP	Località		Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio			Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare		
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.		
<p>Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla sottoscrizione con:</p> <p><input type="checkbox"/> tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta</p> <p><input type="checkbox"/> su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____</p> <p><input type="checkbox"/> su Area Riservata</p> <p>Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo _____.</p>						
<b>Assicurato</b>						
Cognome e Nome		Sesso		Codice Fiscale		
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza		Località			Prov.	Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento		Ente di rilascio		Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail	
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.		

**POLIZZA N. Agenzia**

**Sara Vita Spa**  
 Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
 Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
 Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
 Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
 La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONI DI BASE

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

Vengono inoltre garantite le prestazioni della seguente Assicurazione Complementare:  
INFORTUNI - Sez. B cap. 2 art. da 1 a 7, a fronte del premio di **Euro XXX**

Il **Premio Unico di Euro XXXXX**: comprensivo di **Euro XXX** a titolo di imposte, di cui **Euro XXX** relativo alla garanzia Complementare infortuni, verrà corrisposto in unica soluzione al perfezionamento del contratto.

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio unico netto delle prestazioni di base alla copertura del rischio morte è pari a **Euro XXX**.

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V409 CdA ed. 05/24 e le condizioni di cui ai seguenti capitoli della Sez. B dello stesso modello:

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

Capitolo 2 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Infortuni

### Beneficiari in caso di morte

Nominativo	100,00%
------------	---------

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

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

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

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

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

- **alla data di perfezionamento**: ordine di bonifico sul conto corrente dedicato a favore di Sara Vita Spa IBAN IT39R030691271110000013035 presso BANCA INTESA Spa.

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

### Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Prima della sottoscrizione del quesito sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

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

L'Assicurato dichiara di non essere fumatore.

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

### POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it

Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97

Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa

La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del Contraente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla sottoscrizione dell'assicurazione sulla propria vita.

### Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborserà al Contraente l'importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa\_Contraente\_Assicurato\_1.0).

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati personali necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione ai propri intermediari di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti di gestione e gestione del rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

Con le firme sotto riportate, il Contraente e l'Assicurato, se diverso dal Contraente, confermano la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Assicurato

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i seguenti documenti: DIP VITA (mod. V409 DV ed. 05/24), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione e Glossario del Glossario (mod. V409 CdA ed. 05/24) e il Modulo di Proposta/Polizza in fac simile (mod. V409 PP ed. 05/24).

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

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

Assicurato

Contraente

Polizza emessa sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dall'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante.

Il pagamento di Euro **XXXXX** è stato effettuato il \_\_\_\_\_ con registrazione il giorno \_\_\_\_\_ sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario (\*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(\*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI\*\*\*V000000000000000000

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa  
Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

sara

**Dichiarazioni dell'Assicurato parte integrante della Polizza n.**

**Intermediario**

**Assicurato**

Il contratto cui la presente proposta si riferisce, verrà emesso sulla base di dichiarazioni riportate di seguito, appositamente rilasciate dall'Assicurato, riguardanti sia informazioni di carattere sanitario che informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato stesso. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. **La informiamo che ai sensi della Legge 7 dicembre 2023 n.193, che ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", Lei non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa ad eventuali patologie oncologiche dalle quali è guarito ai sensi di legge: si è considerati guariti qualora siano trascorsi 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia è insorta prima del 21° anno di età) dalla conclusione del trattamento attivo della patologia senza episodi di recidiva e ricadute.** Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico di fiducia dell'Impresa.

**Attività Professionali**

- Occupazione principale ed eventuale secondaria: \_\_\_\_\_
- Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di portata maggiore di 35 quintali? si  no   
 • Se sì, indichi quali e con quale frequenza \_\_\_\_\_
- Nella sua attività professionale utilizza o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive oppure opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: aeronautiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso scontri, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? si  no   
 • Se sì, indichi luogo, motivi e periodo di permanenza \_\_\_\_\_

**Attività Sportive**

- Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (escluso il climbing, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, canoa, canoa polo, canoa con il canopolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, ala volante, parapendio)? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte precedentemente a livello amatoriale o partecipa a relative gare? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- Indicare i valori della statura e del peso: cm \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_
- Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, rosolia, parotite, epatite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primitivo, esiti di traumi post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no   
 • Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- Negli ultimi 10 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
 • Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedale, in centri di cura, ospedali o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrapianto o terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ortopediche semplici, deviazione del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per traumi acuti, chirurgia estetica) si  no   
 • Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_  
 • Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- Assume o ha mai assunto farmaci? si  no   
 • Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il nome del farmaco, il periodo di utilizzo e se gli eventuali esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti \_\_\_\_\_
- E' fumatore? si  no   
 (per Non Fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)  
 • Quantità giornaliera, per un periodo di \_\_\_\_\_
- Fa o ha fatto uso di alcolici o sostanze alcoliche in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no   
 • Quantità giornaliera, per un periodo di \_\_\_\_\_
- Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no   
 • Tipo di sostanze, per un periodo di \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara che le informazioni fornite sopra fornite, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da terzi, e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a presentarsi all'Impresa, ed a lasciarla, in proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predefinita, e tenuto a regolare 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 potranno averlo in futuro, nonché le altre persone alle quali l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa stessa comunicate ad altri assicuratori o riassicuratori.

**Data**

**Assicurato**

**Intermediario**

(per autenticità delle firme)



AAAAAMDDQSASP\*\*\*\*V000000000000000000