

SaraTutelaVita Plus

Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e a premio annuo costanti

Agenzia				Subagenzia	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza	
	242				
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al rappresentante)					
<small>Nota Bene: il titolare della tessera ACI deve essere il Contraente</small>					
Socio ACI: NO 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.

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto:

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e alle comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenza@saravita.it

Assicurato					
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**

Vengono inoltre garantite le prestazioni delle seguenti **Assicurazioni Complementari:**

INFORTUNI - Sez. B cap. 2 art. da 1 a 6, a fronte del premio annuo di Euro

GARANZIA FAMIGLIA - Sez. B, Cap. 3, in caso di morte del Sig./Sig.ra nato/a il C.F. , a fronte di un premio annuo di Euro

INVALIDITA' - Sez. B, Cap. 4, a fronte del premio annuo di Euro

L'ultima rata di premio da corrispondere sarà quella con scadenza

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

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 art. da 1 a 6

Capitolo 3 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Garanzia Famiglia

Capitolo 4 - Condizioni Speciali per l'assicurazione Complementare Invalidità

Beneficiari in caso di morte

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

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

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

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

alle successive date di pagamento del premio annuo con modalità di pagamento a rata di premio:

- **se scelto il frazionamento trimestrale, semestrale o annuale:** a scelta una delle modalità previste alla data di perfezionamento, ovvero l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD
- **se scelto il frazionamento mensile:** il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

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

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

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico sul conto di deposito dedicato, a favore di Sara Vita Spa IBAN IT39R0306912711100000013035 presso BANCA INTESA Spa.

- **alle successive date di pagamento:** indipendente dalla periodicità, è previsto il solo addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul Contraente.

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 comportare la perdita del diritto alla prestazione.

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

L'Assicurato dichiara di 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 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.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annua rata del premio e di versare il premio costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

Recesso dal contratto

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

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Intermediario rimborsa 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.

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 sanitari necessario a dare attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

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

Assicurato	Contraente
------------	------------

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i seguenti documenti: DIP VITA (mod. V409 DV ed. 05/24), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V409 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, complete 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 tutta la loro parte le condizioni contrattuali contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente, 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 il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

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

Il pagamento del Premio assicurativo 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)



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, e le omissioni che ne conseguono, 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 in fase di remissione) prima del 31 dicembre 2023 (o primo giorno di 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 è tenuto a 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 dall'Assicurato o dall'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 o 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: acrobatiche, alpinistiche, 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 insurrezioni, 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 (arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajaking, rafting, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si no
 • Se sì, quali? _____
- Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, elicotto, aereo leggero, aliante, parapendio)? si no
 • Se sì, quali? _____
- Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti 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, febbre, emicrania, rinite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, fratture 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 mediche, 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, centro di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, varici degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per traumi acuti, chirurgia plastica) si no
 • Se sì, quali? con quale risultato? _____
 • Epoca? Motivo? _____
- Assume o ha mai assunto farmaci? si no
 • Se sì, indicare la motivazione, il tipo di 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 fuma occasionalmente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
 • Quantità giornaliere periodo: _____
- Fa o ha fatto uso di alcolici o superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si no
 • Quantità giornaliere periodo: _____
- Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si no
 • Tipo di sostanze periodo: _____

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte sopra fornite, 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 dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a produrre all'Impresa e lasciare in proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta e a pagare 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, 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)

