

## Sara Tutela Vita Plus a premio unico

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

<b>Agenzia</b>				<b>Subagenzia</b>	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scadenza</b>	
	244				
<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)					
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	e-mail
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;
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo \_\_\_\_\_;
- su Area Riservata.

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 comunicate esclusivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assicurazioni@sara.it

<b>Assicurato</b>					
Cognome e Nome		Sesso	Codice Fiscale		
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita		Prov.	Nazione
Indirizzo di residenza		CAP	Località		Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio		Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	

#### POLIZZA N. 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

### PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza di polizza verrà liquidato il **capitale assicurato di Euro** diminuito di 1/ del capitale stesso per quanti saranno gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso dell'Assicurato.

La prestazione di cui sopra viene garantita dietro il pagamento del **Premio Unico di Euro** che verrà versato 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 corrispettiva alla 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 art. della Sez. B dello stesso modello:

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

### Beneficiari in caso di morte

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

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

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

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile
- altro mezzo di pagamento bancario o postale.

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

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

- **alla data di perfezionamento:** ordine di bonifico sul conto di cui al punto 1, 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 incomplete del Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

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

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1362 e 1363 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 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 funzionario.

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, il 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-IBLI (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 proprio consenso alla stipula 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, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

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

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa sul trattamento dei dati personali - 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 cessione dei dati a tutte le 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, 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, comprensive 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 suo 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 (carenza).

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\*\*\*V00000000000000000000

## 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, 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 stata prima dei 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 chiedere 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 da un medico del territorio dell'Impresa.

**Attività Professionali**

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria: \_\_\_\_\_
- 2) Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee aeree, circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di pubblica 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 \_\_\_\_\_
- 3) 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? \_\_\_\_\_
- 4) Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: alpinistiche, alpinistiche acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? si  no   
 • Se sì, indichi luogo, motivi e periodo di permanenza \_\_\_\_\_

**Attività Sportive**

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (compreso sci alpinato, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kayak, rafting, canoa, canoa polo, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, parapendio, volo ultraleggero, alianti, parapendio)? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle delle precedenti? Se sì, quali? si  no   
 • Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, raffreddore, otite, rinite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, fratture ortopediche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no   
 • Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- 3) Negli ultimi 10 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, esami strumentali, ecografie, TAC, RM o altro) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
 • Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedale, case 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 ortopediche semplici, deviazioni 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? \_\_\_\_\_
- 5) 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 \_\_\_\_\_
- 6) E' fumatore? si  no   
 (per Non Fumatore si intende chi non fuma, o fuma solo sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)  
 • Quantità giornaliere, periodo: \_\_\_\_\_
- 7) 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 giornaliera, periodo: \_\_\_\_\_
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no   
 • Tipo di sostanza, periodo: \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte sopra fornite, sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso 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 alla 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 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 potrebbero curarlo 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.

<b>Data</b>	<b>Assicurato</b>	<b>Intermediario</b> <small>(per autenticità delle firme)</small>
-------------	-------------------	----------------------------------------------------------------------



AAAAAMDDQSASP\*\*\*\*V000000000000000000

