

**Dichiarazioni dell'Assicurato parte integrante della Scheda di Adesione Polizza n. NXXXXXX**

**Intermediario**

**Assicurato**

**Nominativo Assicurato**

Il contratto 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 la 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 sorta prima del 21° anno di età) alla 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 stato di salute, con relativo costo a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico fiduciario 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, cantine, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di peso 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 sismi, 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: arrampicate su pareti artificiali, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, skeleton, 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. paracadute, volo libero, ultraleggero, elicotto, paracadute, parapendio)? si  no 
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti a livello agonistico 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: diabete, ipertensione, asma, parotite, rinite cronica, colite spastica, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, malattie post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti, malattie post-traumatiche non patologiche) si  no 
  - Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- Negli ultimi 10 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, esami 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 ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è sottoposto a emofasiusioni 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 ascessi 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 malattia, la prescrizione 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 intendono i fumatori che non fumano almeno sporadicamente, da più di 24 mesi, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)
  - Quantità giornaliera, periodo di utilizzo? \_\_\_\_\_
- Fa o ha fatto uso di alcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no 
  - Quantità giornaliera, periodo di utilizzo? \_\_\_\_\_
- Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no 
  - Quantità giornaliera, periodo di utilizzo? \_\_\_\_\_

L'Assicurato garantisce 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 un medico, e 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, ed a lasciare in proprietà della stessa, la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi ai medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa prodotta. È 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 potrebbero 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.

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



**CONVENZIONE N. NXXXXXX**  
**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE**  
**A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

Tra la **Nominativo CONTRAENTE** con sede in LOCALITA PROV VIA CAP C.F. CODICE in seguito denominata **CONTRAENTE** e **SARA VITA Spa**, con sede in Roma - Via Po n. 20, in seguito denominata **SOCIETA'**

**PREMESSO**

- che la **CONTRAENTE**, intende stipulare sulla vita dei propri dipendenti un'Assicurazione per il caso di morte
  - che la **SOCIETA'** è disposta ad accordare la garanzia assicurativa richiesta a particolari condizioni,
- viene stipulata la presente Convenzione.

**Art. 1 Impegno delle parti**

Le condizioni di applicazione della presente Convenzione fanno sempre riferimento alle Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo richiamato nella proposta/polizza consegnata alla **CONTRAENTE**.  
Ciò premesso, la **CONTRAENTE** stipula la presente Convenzione in relazione alla tipologia ) in Premessa e alle Condizioni di Assicurazione.  
La **SOCIETA'** si impegna a prestare le garanzie assicurative specificate al seguente Art. 2 per il periodo previsto per ciascuno degli Assicurati riportati nell'Elenco Assicurati, parte integrante della proposta/polizza..

**Art. 2 Garanzie prestate**

L'assicurazione copre il rischio di morte degli Assicurati riportati nell'Elenco Assicurati, per l'eventualità verificata durante l'annualità di copertura assicurativa.  
L'assicurazione è monoannuale e si rinnova di anno in anno per ciascun Assicurato, fino a quando non cessata alle dipendenze della **CONTRAENTE**.  
Per il gruppo iniziale l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza e scade alle ore 24 del giorno di scadenza indicate nella proposta/polizza, salvo rinnovo.

**Art. 3 Premi di assicurazione**

Il premio unico monoannuale per ciascun Assicurato sarà calcolato all'atto di ciascuna annualità di assicurazione in base ai tassi di premio della tariffa in vigore al momento dell'emissione o del rinnovo.  
Qualora il periodo assicurativo sia inferiore ad un anno, sarà corrisposto dalla **CONTRAENTE** un rateo di premio commisurato al premio monoannuale in misura proporzionale al periodo della garanzia prestata.

**Art 4 Comunicazione delle parti -Documentazione**

La **CONTRAENTE** fornirà alla **SOCIETA'** inizialmente e in seguito a ciascuna scadenza, ad ogni rinnovo annuale della copertura assicurativa, un elenco delle persone da assicurare con l'indicazione del capitale assicurato per ciascuna persona.  
Alla stipula della presente Convenzione, la **SOCIETA'** fornirà alla **CONTRAENTE** la proposta/polizza con il relativo Elenco Assicurati, dove sono riportate le teste Assicurate e l'ammontare delle prestazioni e dei premi riferiti a ciascuno di esse: ad ogni rinnovo annuale verrà prodotto un Elenco Assicurati aggiornato.  
La **SOCIETA'** darà quietanza dell'importo dei premi complessivamente dovuti.

**Art.6 Durata della Convenzione**

Le date di decorrenza e scadenza della presente Convenzione, parte integrante del contratto di assicurazione, coincidono con le rispettive date di decorrenza e scadenza della polizza in oggetto in proposta/polizza.  
La stessa viene tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo disdetta da darsi da una delle Parti, con preavviso di almeno 60 giorni prima della scadenza, a mezzo di lettera raccomandata AR o mezzo PEC.  
In caso di mancata disdetta della **CONTRAENTE**, la **SOCIETA'** procederà con il rinnovo annuale della copertura assicurativa, e la **CONTRAENTE** si impegna a corrispondere il relativo premio entro 30 giorni dalla data di decorrenza.  
In caso di mancata corresponsione del premio di rinnovo nel termine previsto, la **SOCIETA'** procederà con l'annullamento e la presente Convenzione si intenderà automaticamente disdetтата.

Redatta il XX/XX/XXY

**SaraTutelaVita Corporate**  
**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE**  
**A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

<b>Agenzia</b> AXXX DXXX	enzi
-----------------------------	------

<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b> 903	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b> Monoannuale	<b>Scadenza</b>
-----------------	-----------------------	-------------------	------------------------------	-----------------

**Contraente (i dati sotto riportati sono riferiti al legale 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	Telefono	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/polizza  
 su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo \_\_\_\_\_  
 su Area Riservata \_\_\_\_\_

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto per le 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 [info@sara.it](mailto:info@sara.it)

**Ditta Contraente:**

Denominazione del Contraente	Natura giuridica	Forma di costituzione	Telefono	e-mail
------------------------------	------------------	-----------------------	----------	--------

Codice Fiscale (per le Ditte individuali Partite IVA)	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.
---	------------------------------------	---------------------

Indirizzo della sede Legale <b>VIA</b>	CAP	Località <b>LOCALITA</b>	Prov. <b>PROV</b>	Nazione
---	-----	-----------------------------	----------------------	---------

**Beneficiari in caso di morte**  
**Si rimanda alla designazione beneficiari riportata nella Scheda di adesione.**

**Caratteristiche del contratto**

La prestazione assicurativa viene garantita in applicazione della Convenzione stipulata tra Sara Vita spa e la Contraente ed è destinata agli Assicurati, le cui posizioni individuali sono riportate nella tabella "Elenco Assicurati".

**PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE**  
 In caso di morte dell'Assicurato entro la data di scadenza indicata verrà liquidato, a favore dei Beneficiari designati, il **Capitale Assicurato** indicato in corrispondenza dello stesso Assicurato riportato nella tabella "Elenco Assicurati".

Tale prestazione viene garantita dietro corresponsione del Premio complessivo di seguito indicato:

**PREMIO COMPLESSIVO: XXX,XX Euro**

**CAPITALE TOTALE POLIZZA: XXX,XX Euro**

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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** 

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

### Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità:

assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, ordine di bonifico che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità, sistema di pagamento elettronico, che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente.

### Dichiarazioni del Contraente

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

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di avere fornito le informazioni che costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto:

- le informazioni e i dati forniti nella presente Proposta/Polizza e, da allegare ad essa, eventuali dichiarazioni riguardanti sia le informazioni di carattere sanitario che le informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato;
- il questionario anamnestico ovvero l'eventuale questionario medico, se previsto o, ancoramente, eventuali dichiarazioni del Contraente riferibili allo stato di salute dell'Assicurato.

L'Impresa presterà il suo consenso all'assicurazione e ne determinerà il premio in base alle dichiarazioni rese ai punti precedenti.

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 dalla normativa vigente, e, 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 all'attività assicurativa non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 5 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze del contratto assicurativa.

### 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 parte di premio relativa al periodo per il quale contratto ha avuto effetto.

### Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Contraente:

- **DICHIARA** di aver preso visione dell'Informativa (Informativa Collettive\_1.0);
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati una copia dell'informativa relativa agli Assicurati che ha ricevuto dal Titolare (Informativa Assicurati\_Col\_1.0).

POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX

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 del Contraente (segue)

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP VITA (ed. 05/24), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V395 D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V395 CdA ed. 05/24) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V395 ed. 05/24).

Il Contraente dichiara di avere preso atto e accettato in ogni loro 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 l'adempimento delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni e l'assunzione del rischio.

Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati il Set Informativo e si obbliga a dare comunicazione agli Assicurati, a seguito di informativa ricevuta da parte di Sara Vita spa, di cessazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statutarie, di trasferimento di portafoglio, di fusione e di scissione.

Con le firme sotto riportate, il Contraente conferma la veridicità dei dati e delle informazioni riportate nel presente documento.

Contraente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Polizza emessa il XX/XX/XXXX sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente.

Direttore Generale



### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Legale Rappresentante del Contraente.

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

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello)

Firma dell'Intermediario

Firma e timbro dell'Agenzia

Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta, facente fede di corretta ricezione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXXDOSS\*\*\*\*V00000000000000000000

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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** 

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE  
A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

**COLLETTIVA:** NXXXXXX

**CONTRAENTE:** Nominativo CONTRAENTE

**ELENCO ASSICURATI**

Numero testa	Assicurato	Codice Fiscale	di	Età	Capitale Assicurato (Euro)	Premio Unico (Euro)
	Nominativo Assicurato				XXX	XXX

Totale generale: Euro XXX,XX

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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)



## Scheda di Adesione dell'Assicurato - Polizza NXXXXXX

### Assicurato

Cognome e Nome	Sesso	Codice Fiscale
<b>Nominativo Assicurato</b>		
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita
		Nazione
Professione		

Capitale Assicurato Euro:

### Beneficiari in caso di morte

Intende indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari sopra indicati, a cui l'impresa potrà versare in caso di decesso dell'Assicurato? **SI**  
**Nominativo REFERENTE TERZO** **Codice fiscale** **Indirizzo** **E-mail** **Numero telefonico**

### Dichiarazioni dell'Assicurato

#### L'Assicurato dichiara di :

- dare il consenso all'Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 19 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR),
- essere a conoscenza che la presente Scheda di adesione serve esclusivamente per l'ammissione all'assicurazione collettiva stipulata fra la Contraente **Nominativo CONTRAENTE** e la Sara Vita Spa.
- avere ricevuto dalla Contraente, nelle forme e con le modalità da questa individuate, le Condizioni di Assicurazione e di accettarle integralmente.

#### Consenso al trattamento dei dati personali

##### IL SOTTOSCRITTO ASSICURATO

nel dichiarare di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (Informativa Contraente\_Assicurato\_1.0):  
acconsente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), al trattamento dei dati sanitari che lo riguardano necessario per finalità di assunzione e gestione della polizza assicurativa e per l'esecuzione della polizza assicurativa, in particolare per concludere o in essere con Sara Vita - ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come autonomi titolari di polizza assicurativa, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.

Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai contatti indicati nell'informativa.

Assicurato

Emessa il XX/XX/XXXX

**POLIZZA N. NXXXXXX Agenzia AXXX DXXX**

**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 malattie 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** 