

CONVENZIONE N. NXXXXXX

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE 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 e invalidità permanente;
 - 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 riportata in **Art. 1** delle Condizioni di Assicurazione.

La **SOCIETA'** si impegna a prestare le garanzie assicurative specificate al seguente **Art. 2** e al capitale assicurato per ciascuno degli Assicurati riportati nell'Elenco Assicurati, parte integrante della proposta/polizza..

Art. 2 Garanzie prestate

L'assicurazione copre il rischio di morte e invalidità permanente degli Assicurati riportati nell'Elenco Assicurati, qualora l'evento si verifichi durante l'annualità di copertura assicurativa.

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova di anno in anno per ciascun Assicurato, a cui questo resta 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'inizio di ciascun anno 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, in occasione di ogni rinnovo annuale della copertura assicurativa, un elenco delle persone da assicurare con l'indicazione del capitale assicurato per ciascuno di esse.

Alla stipula della presente Convenzione, la **SOCIETA'** emetterà la proposta/polizza con il relativo Elenco Assicurati, dove sono riportate le teste Assicurate e l'ammontare delle prestazioni e dei premi riferiti a ciascuna 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 riportate 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 ovvero 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 corrispondenza del premio di rinnovo nel termine previsto, la **SOCIETA'** procederà con l'annullamento e la presente Convenzione si intenderà automaticamente rescissa.

Redatta il XX/XX/XXXX

SaraTutelaVita Corporate

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITA' PERMANENTE
A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE

Agenzia AXXX DXXX				Succursale	
Proposta	Tariffa	Decorrenza	Durata	Scadenza	
	904		Monoannuale		

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	Telefono	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/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 assistenzaclienti@sara.it

Ditta Contraente:

Denominazione del Contraente		Natura giuridica	Data costituzione	Telefono	e-mail	
Codice Fiscale (per le Ditte individuali partita IVA)		Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.		
Indirizzo della sede Legale VIA		CAP	Località		Prov.	Nazione
		CAP	LOCALITA		PROV	

Beneficiari in caso di morte
Si rimanda alla designazione del beneficiario riportata nella Scheda di adesione.

Beneficiari in caso di invalidità permanente
Si rimanda alla designazione del beneficiario riportata nella Scheda di adesione.

Caratteristiche del contratto

Le prestazioni assicurative vengono garantite in applicazione della Convenzione stipulata tra Sara Vita spa e la Contraente ed è destinata agli Assicurati, le cui polizze 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".

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE:

in caso di invalidità totale e permanente 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".

Tali prestazioni vengono garantite 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 essere consapevole che le dichiarazioni 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, e, ancora, tutte le altre 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, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle norme in vigore, 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 e delle esigenze dell'Assicurato assicurativa.

Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla 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, le 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, al seguito dell'informatica ricevuta da parte di Sara Vita spa, di cessazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche contrattuarie, 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.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

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

Il pagamento del Premio di Euro _____ è stato effettuato il _____ registrazione il 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 della compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXDOSS****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 E DI INVALIDITA' PERMANENTE
A CAPITALE COSTANTE E PREMIO UNICO MONOANNUALE**

COLLETTIVA: NXXXXXX

CONTRAENTE: Nominativo CONTRAENTE

ELENCO ASSICURATI

Numero testa	Assicurato	Codice Fiscale	Data nascita	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

Nominativo Assicurato

Data di nascita Età assicurativa Luogo di nascita

Assicurazione

Professione

Capitale Assicurato Euro:

Beneficiari in caso di morte

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

Beneficiari in caso di invalidità permanente

Dichiarazioni dell'Assicurato

L'Assicurato dichiara di :

- dare il consenso all'Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
- 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 in quest'opera 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 del contratto - da concludere o in essere con Sara Vita - ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione, operanti come co-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 DPO ai recapiti 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 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 