

## TFM - Trattamento di Fine Mandato

<b>Agenzia</b>	<b>Subagenzia</b>
----------------	-------------------

<b>Proposta/Polizza</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>
-------------------------	----------------	-------------------

**CTF**

**Contraente -  persona fisica  persona giuridica** (se persona giuridica 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	n.	CAP	Località	Prov.	Nazione
------------------------	----	-----	----------	-------	---------

Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	E. g. d.	Cittadinanza
-------------------------------------	------------------	----------	--------------

Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	E-mail
-------------------	-------	-----------------------	---------------	-----------	--------

Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO cod./desc.
-------------	-----------	------------------------------------	---------------------

**Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica, di seguito sono riportati i dati della Ditta Contraente:**

Ragione sociale della Ditta Contraente	Natura giuridica	Data costituzione	e-mail
--	------------------	-------------------	--------

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

Indirizzo della sede Legale	CAP	Località	Prov.	Nazione
-----------------------------	-----	----------	-------	---------

**Beneficiari:**

**I beneficiari delle prestazioni, per ciascun assicurato, sono riportati nell'Elenco Beneficiari.**

**Premio e modalità di pagamento - ATTENZIONE: non è previsto il pagamento in contanti**

**PREMIO UNICO RICORRENTE** Euro che verrà versato con periodicità , oltre Euro 5 per spese emissione. Il Contraente potrà variare sia l'importo che la periodicità di versamento, durante tutto il periodo contrattuale.

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, 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**

**Prestazioni**

Dietro il versamento di premio come sopra, L'Impresa garantisce per ognuno degli Assicurati riportati nell'allegato Elenco assicurati le seguenti prestazioni:

- In caso di vita dell'Assicurato a scadenza, verrà liquidato il capitale assicurato indicato in detto elenco
- In caso di morte dell'Assicurato a scadenza verrà corrisposto un importo pari al premio versato
- In caso di risoluzione anticipata dell'Assicurato di lavoro, sarà liquidato un importo ottenuto scontando il capitale assicurato a scadenza, per l'Assicurato interessato, al premio versato (tasso tecnico) riportato nell'Elenco Assicurati, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Le prestazioni di cui sopra saranno periodicamente rivalutate secondo l'apposita Clausola di rivalutazione riportata nelle Condizioni di Assicurazione.

**POLIZZA N.      Agenzia**

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



## Elenco Assicurati

Numero testa	N. Pos.	Posizione	Codice Fiscale	Data di nascita	Età	Scadenza al	T. T. %	Capitale (€)	Premio Unico (Euro)
--------------	---------	-----------	----------------	-----------------	-----	-------------	---------	--------------	---------------------

Totale pagina: \_\_\_\_\_  
 Totale generale: \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE

**POLIZZA N.      Agenzia**

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



## Elenco Designazione Beneficiari

Posizione	Tipo Beneficio	Nominativo Beneficiario	Codice Fiscale	%
-----------	----------------	-------------------------	----------------	---

FAC-SIMILE

### POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it



## 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.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti informativi precontrattuali previsti ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n.40 del 20 agosto 2018 e inerenti a:

1. obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti (**Allegato 3**);
2. informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente (**Allegato 4**);
3. informazioni sull'attività svolta dall'Intermediario (**Allegato 4**);
4. informazioni relative alle remunerazioni (**Allegato 4**);
5. informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto di interessi (**Allegato 4**);
6. informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente (**Allegato 4**)

### Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Contraente:

- **DICHIARA** di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR");
- **ACCONSENTE** ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al **trattamento dei dati personali sensibili** concernenti i suoi familiari, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita.

Inoltre:

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per finalità utili alla **proposizione commerciale**.

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per finalità di **profilazione** utile a conoscere meglio le Sue aree di rischio, anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre Le il miglior prezzo possibile.

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità **commerciali** in qualità di intermediari autonomi.

Il sottoscritto avrà inoltre in ogni momento il diritto di revocare il consenso prestato contattando il Responsabile della protezione dei dati personali:

- inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [RPD@sara.it](mailto:RPD@sara.it)
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita SpA - Via Po, 20 - 00198 Roma

**Luogo e data**

Contraente

### 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 ricezione 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 il contratto ha avuto effetto.

**Luogo e data**

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, redatto secondo le indicazioni di IVASS, contenente i distinti documenti: KID (ed. 11/19), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327M ed. 11/19) e il Glossario, le Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327M ed. 11/19) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327M ed. 11/19).

Il Contraente si impegna a consegnare ai propri assicurati il Set Informativo e si obbliga a dare comunicazione agli stessi, a seguito di informativa ricevuta da parte di Sara Vita, di cambio di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statutarie, di trasferimento di portafoglio, o di cessazione di sussione.

**Luogo e data**

Contraente

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

Il Direttore Generale

**POLIZZA N. Agenzia**

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: [saravita@sara.telecompost.it](mailto:saravita@sara.telecompost.it)

**sara**

**Spazio riservato all'Intermediario**

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Contraente e dall'Assicurato e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione in \_\_\_\_\_ data sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello)

Firma dell'Intermediario <sup>(\*)</sup>

Firma e timbro \_\_\_\_\_

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



20190729DOSS\*\*\*V000000...001...03762

FAC-SIMILE

**POLIZZA N. Agenzia**

Sara Vita Spa. Capitale sociale Euro 76.000.000 (i.v.). Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma. Registro Imprese Roma e C.F. 07103240581 REA Roma n.556742 P.IVA 01687941003.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita con Decreto Ministero Industria Commercio e Artigianato n.16724 del 20/06/86. Iscritta al n. 1.00063 nell'Albo delle imprese assicurative.

Società del Gruppo assicurativo Sara, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001. Società soggetta alla attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa. PEC: saravita@sara.telecompost.it

