

TFR - Trattamento di fine Rapporto

Agenzia	Subagenzia
---------	------------

Proposta/Polizza	Tariffa	Decorrenza
------------------	---------	------------

CTF

Contraente - X 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		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 Contraente:

Ragione sociale della Ditta Contraente	Natura giuridica	Data costituzione	Codice fiscale	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:

Contraente

Caratteristiche del contratto

- CON UNICA POSIZIONE ASSICURATA
 CON SINGOLE POSIZIONI ASSICURATE

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

PREMIO UNICO RICORRENTE Euro che viene 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, ma con la 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 scelta sono a carico del Contraente

Prestazioni

Dietro il versamento di premi, l'Impresa garantisce per ognuno degli Assicurati riportati nell'allegato Elenco assicurati le seguenti prestazioni:

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

Le prestazioni sopra riportate saranno annualmente 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 (Euro)	Premio Unico (Euro)
--------------	---------	-----------	----------------	-----------------	-----	-------------	---------	-----------------	---------------------

Totale pagine
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



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 2 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** che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in esecuzione 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 abitudini di acquisto, anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da poterLe offrire il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri dati personali a **società terze che li tratteranno per finalità commerciali** in ordine ai titolari autorizzati.

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
- scrivendo a Responsabile Protezione Dati Personali, Sara Vita Assicurazioni S.p.A., 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 ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborsa al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo nel 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. V327R ed. 11/19), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327R CdA ed. 11/19), e la proposta/polizza, in fac simile (mod. V327R ed. 11/19).

Il Contraente si impegna a comunicare agli Agenti il Set Informativo e si obbliga a dare comunicazione agli stessi, a seguito di informativa ricevuta da parte di Sara Vita, in occasione di assegnazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statuarie, di trasferimento di portafoglio o di cessazione dell'attività assicurativa.

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

sara 

