

TFM - Trattamento di Fine Mandato

Agenzia				Subagenzia			
Proposta/Polizza			Tariffa		Decorrenza		
			531				
Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> 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		Emesso	rilascio	Cittadinanza
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cell.	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	Telefono			
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 anticipato

PREMIO UNICO RICORRENTE Euro che verrà versato con cadenza semestrale, 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 di cui sopra, l'Assicurato ha garantito per ognuno degli Assicurati riportati nell'allegato Elenco assicurati le seguenti prestazioni:

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

Le prestazioni di cui sopra saranno automaticamente 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)
	1								

Totale pagine: 5
 Totale generato: 5

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	%
NOMINATIVO MORTE				100,00
NOMINATIVO VITA				100,00

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 del 2 settembre 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) n. 679 ("GDPR");
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati una copia dell'informativa relativa agli Assicurati che ha ricevuto in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR").

Inoltre:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali effettuato da Sara Vita per l'invio, con strumenti automatizzati (sms, mms, email, push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore), comunicazioni relative ad **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, in particolare quelle finalizzate alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di promozione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche direttamente a proposito dei servizi di Sara Assicurazioni e delle società del GRUPPO ACI.

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 interesse, 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 **commerciale** di propri autonomi.

Il sottoscritto avrà inoltre in ogni momento il diritto di revocare il consenso precedentemente espresso 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 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 ricezione della comunicazione, l'Impresa rimborsa al Contraente un importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Luogo e data

Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativo, redatto secondo le indicazioni di IVASS, contenente i distinti documenti: KID (ed. 05/20), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327M ed. 05/20), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327M ed. 05/20) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327M ed. 05/20).

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

Luogo e data

Contraente

Polizza emessa il _____ sulle 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

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 pari data 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 corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



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

