

TFR - Trattamento di fine Rapporto

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

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

531

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		Ente C. Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare
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 Compagnia Contraente:

Ragione sociale della Ditta 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	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 pagamento in contanti

PREMIO UNICO RICORRENTE Euro che sarà 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, nonché 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 scelta sono a carico del Contraente

Prestazioni

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

- In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza verrà liquidato il capitale assicurato indicato in detto elenco
- In caso di morte dell'Assicurato prima della 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 interessato al tasso annuo composto (tasso tecnico) riportato nell'Elenco Assicurati, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Le prestazioni sopra descritte 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)
	1								

Pagina: Euro
 Totale generale: Euro

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.

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, il presente non esclusivo, 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.4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo (**allegato n.4 bis 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 ed esigenze di copertura assicurativa.

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. 2016/679 ("GDPR");
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati una copia dell'informativa relativa agli Assicurati e ha ricevuto l'informativa 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, e-mail, push, fax, WhatsApp) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore), di comunicazioni relative ad **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, e di 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 limitatamente a particolari 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 e di competenza, anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative, così da proporre il miglior servizio possibile.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali in centri terzi autonomi.

Il sottoscritto avrà inoltre in ogni momento il diritto di revocare o limitare la prestazione 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 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 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. 05/21), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327R ed. 05/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327R CdA ed. 05/21), e di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327R ed. 05/21).

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 S.p.A., di assegnazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statuarie, di trasferimento di portafoglio, di fusione o di scissione.

Luogo e data

Contraente

Polizza emessa in conformità delle 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



XXXXXXXXDOSSI***V00000000000000000000

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

