

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		Ente	Cittadinanza
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data	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	Telefono	e-mail
Codice Fiscale (per le Ditte individuali Partita IVA)		Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.	
Indirizzo della sede Legale		CAP		Prov.	Nazione

Beneficiari:
I beneficiari delle prestazioni, per ciascun assicurato, sono riportati nell'Elenco Designazione Beneficiari.
 Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prioritari.

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

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

Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare, o in base alla 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, alla scadenza verrà 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, 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. %	Importo Unico (Euro)
	1							

Totale polizze 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



Elenco Designazione Beneficiari

Posizione	Tipo Beneficio	Nominativo Beneficiario	Codice Fiscale	%
BENEFICIARIO MORTE				100,00
BENEFICIARIO 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.

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, 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 IBIP (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) 2016/679 ("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, notifiche push, fax, App) e non automatizzati (posta cartacea, telefono con operatore) di comunicazioni relative a **iniziative promozionali (presenti e future) di natura commerciale**, inclusa la finalizzazione alla conduzione di ricerche di mercato, per la partecipazione a programmi di incentivazione, eventi, manifestazioni a premio o iniziative con partner terzi, anche relativi a prodotti assicurativi 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 proporre il miglior servizio assicurativo.

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 comunicando il Responsabile della protezione dei dati personali:

- inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RPD@saravita.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 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. 05/21 ed. 05/21), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327M CdA ed. 05/21), e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327M ed. 05/21).

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 Sara Vita S.p.A. in merito a cessazione di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statutarie, di trasferimento di portafoglio, o di scissione.

Luogo e data

Contraente

Polizza emessa sulla base 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 _____ data sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello)

Firma dell'Intermediario (*)

Firma e timbro _____

(*) 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

