

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 Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di n.	Cittadinanza
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.	ATECO desc.

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del presente contratto

- tramite e-mail all'indirizzo _____, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta
- su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo _____
- su Area Riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni della presente scelta. Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati espressamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

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	Direzione	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:

I beneficiari delle prestazioni, per ciascun assicurato, sono riportati nell'Allegato Designazione Beneficiari.

Intende escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento assicurato.

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

PREMIO UNICO RICORRENTE Euro _____ verrà versata 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 sempre 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 prescelta sono a carico del Contraente

Prestazioni

Dietro il versamento del premio con regolarità, 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, il capitale assicurato 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, al tasso annuo composto (tasso tecnico) riportato nell'Elenco Assicurati, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

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

POLIZZA N. _____ Agenzia _____

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
 Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
 Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
 Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
 La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



Elenco Assicurati

Numero testa	N. Pos.	Posizione	Codice Fiscale	Data di nascita	Età	Scadenza al	T. T. %	Capitale (Euro)	Premio Unico (Euro)
	1								

Totale pagina:
Totale generale: Euro

FACCISIMILE

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



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

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
 Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
 Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
 Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
 La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



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 copia della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, il presente modulo 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.1 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo (**allegato n.2 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 (**allegato n.5 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto Contraente:

- **DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa (Informativa Collettive_1.0);
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati una copia dell'informativa relativa agli Assicurati che ha ricevuto in qualità di Titolare (Informativa Assicurati_Col_1.0).

Luogo e data

Contraente

Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione 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 richiesto secondo le indicazioni di IVASS, contenente i distinti documenti: KID (ed. 03/22), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327M D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327M CdA ed. 03/22) e il modulo di sottoscrizione fac simile (mod. V327M ed. 03/22).

Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati il presente documento e a dare comunicazione agli stessi, a seguito di informativa ricevuta da parte di Sara Vita spa, di cessazione di agenzia, di 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 in base alle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver verificato la correttezza delle firme apposte dal Contraente e dall'Assicurato e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente ai sensi del D.Lgs. n. 138 del 28 settembre 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 (patello)

Firma dell'Intermediario (*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(*) Firma dell'Intermediario ricevuto la richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.

POLIZZA N. Agenzia

Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

sara