

## TFR - Trattamento di fine Rapporto

<b>Agenzia</b>	Subager
----------------	---------

<b>Proposta/Polizza</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>
-------------------------	----------------	-------------------

531

<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)					
Cognome e Nome		Sesso		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		ATECO	
		cod./desc.		cod./desc.	

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive all'adesione al presente contratto:

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

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@saravita.it

**Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica, i seguenti dati sono riferiti alla Ditta Contraente:**

Ragione sociale della Ditta Contraente	Naturale/Giuridica	Sede/Instituzione	Telefono	e-mail
--	--------------------	-------------------	----------	--------

Codice Fiscale (per le Ditte individuali Partita IVA)	Sottogruppo attività	ATECO
	cod./desc.	cod./desc.

Indirizzo della sede Legale	CAP	Località	Prov.	Nazione
-----------------------------	-----	----------	-------	---------

### Beneficiari:

**Contraente**

### Caratteristiche del contratto

- CON UNICA POSIZIONE ASSICURATIVA
- CON SINGOLE POSIZIONI ASSICURATIVE

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

**PREMIO UNICO RICOPIERTO** che verrà versato con periodicità \_\_\_\_\_, oltre Euro 5 per spese emissione.

Il Contraente potrà variare l'importo e la periodicità di versamento, durante tutto il periodo contrattuale.

Il premio viene corrisposto con le seguenti modalità:

assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità, oppure di tipo bancario, e mezzo di pagamento bancario o postale, che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità, oppure di tipo elettronico, che abbia come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità.

**Le spese per ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente**

### Prestazioni

Dietro il versamento del premio di cui sopra, 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 entro la 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 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. %	Importo Unico (Euro)
	1							

Totale ..... Euro  
Totale ge ..... Euro

**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 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 preso visione dell'informativa (Informativa Collettive\_1.0);
- **SI IMPEGNA** a consegnare agli Assicurati una copia dell'informativa relativa agli Assicurati che ha ricevuto dal 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 conclusione del contratto, egli può recedere dal contratto, 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, con i seguenti distinti documenti: KID (ed. 03/22), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327R D ed. 03/22), Condizioni di Assicurazione, comprese del Regolamento della Gestione Separata e del Glossario (mod. V327R CdA ed. 03/22) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327R ed. 03/22). Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati il Set Informativo e si obbliga a comunicare agli stessi, a seguito di informativa ricevuta da parte di Sara Vita spa, di cessazione di agenzia, assegnazione di portafoglio, cambio di intermediario, di modifiche statuarie, 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 attesta l'autenticità delle firme del 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 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.

## 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 