

TFR - Trattamento di fine Rapporto

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

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

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					Nazione
Indirizzo di residenza		CAP	Località		Prov. Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio			Cittadinanza	
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail	
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività		ATECO		
		cod./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/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 al Contraente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenzaclienti@sara.it

Dati della Ditta Contraente

Ragione sociale della Ditta Contraente	Natura giuridica	Data di nascita	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 in caso di vita e in caso di morte:**La Ditta Contraente****Caratteristiche del contratto**

- CON UNICA POSIZIONE ASSICURATA
 CON SINGOLE POSIZIONI ASSICURATE

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

Premio Unico di Perfezionamento € _____ o _____ euro per spese di commissione.

Premio Unico Ricorrente € _____ che verrà versato con periodicità _____.

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, sistema di pagamento elettronico, che beneficia del beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario 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 infortunio anticipato al 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: Euro
Totale generale: Euro

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 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 da Sara Vita spa (Informativa Assicurati_Col_1.0).

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 Sara Vita spa restituisce 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.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, contenente i documenti KID (ed. 01/24), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327R D ed. 01/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento di Gestione e del Glossario (mod. V327R CdA ed. 01/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327R ed. 01/24).

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

Contraente

Polizza emessa il _____ sulla base delle Condizioni di Assicurazione _____ lasciate dal Contraente.

Il Direttore Generale

Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme apposte dal Contraente 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 (☞)

Firma dell'Intermediario (☞)

Firma e timbro dell'Agenzia

☞ Firma dell'Intermediario: _____, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXXDOSSI***V00000000000000000000

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)

