

## TFM - Trattamento di Fine Mandato

Agenzia		Subagenzia	
Proposta/Polizza		Tariffa	
		Decorrenza	

<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	Codice Fiscale
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov. Nazione
Indirizzo di residenza		CAP Località	Prov. Nazione
Tipo di documento di riconoscimento	Numero documento	Ente di rilascio	
Luogo di rilascio		Prov.	Data rilascio/rinnovo Data scadenza
Professione		Tipologia	Sottogruppo attività
		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 tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo assistenziale \_\_\_\_\_.

**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		ATECO	
		cod./desc.		cod./desc.	
Indirizzo della sede Legale		CAP	Località	Prov.	Nazione

**Beneficiari:**

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

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

**Premio Unico di Perfezionamento € \_\_\_\_\_ oltre Euro per spese di gestione.**

**Premio Unico Ricorrente € \_\_\_\_\_ che verrà versato con \_\_\_\_\_ cadenza.**

**Il premio viene corrisposto con \_\_\_\_\_ 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 abilita come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente (RDD).**

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

**Prestazioni**

Dietro il versamento dei premi sopra, L'Impresa garantisce per ognuno degli Assicurati riportati nell'allegato Elenco assicurati le seguenti prestazioni:

- In caso di vita assicurata a scadenza, verrà liquidato il capitale assicurato indicato in detto elenco
- In caso di morte assicurata a 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)

**sara** 

## Elenco Assicurati

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

Totale pag. F  
Totale gener.

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)



## Elenco Designazione Beneficiari

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

**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 Contraente 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 (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 (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, il Contraente può versare 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. 12/24), DIP Aggiuntivo IBIP (mod. V327M D ed. 05/24), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento dell'Assicurazione Separata e del Glossario (mod. V327M CdA ed. 05/24) e il modulo di proposta/polizza, in fac simile (mod. V327M ed. 12/24).**  
**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 spa, di cessazione di agenzia, di variazione di portafoglio ad un nuovo intermediario, di modifiche statutarie, di trasferimento di portafoglio, di fusione e di scissione.**

Contraente

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate 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, 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 (stampato)

Firma dell'Intermediario

Firma e timbro dell'Agenzia

Firma dell'Intermediario che attesta la ricezione della richiesta, facente fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



XXXXXXXXXDOSS\*\*\*\*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)

**sara**