



PROPOSTA
Pramerica Extrasalute

Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta da
Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico



Pramerica

Filiale _____ Intermediario _____ Codice _____

PROPOSTA N. _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA:

"Pramerica Extrasalute" - (Mod. EXT _____)

CONTRAENTE Persona fisica Ditta individuale Persona giuridica

Cognome Nome/ Denominazione sociale* _____

C.F. _____ Cittadinanza _____ Sesso M F

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Nazione di Nascita _____ Professione _____

Residenza/Sede Legale: Via _____ n. _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Nazione di residenza ITALIA ESTERA (Specificare) _____

Telefono _____ Cellulare _____ e.mail _____

DOMICILIO (da compilare se diverso da residenza)

Via _____ n. _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____ Nazione _____

***LEGALE RAPPRESENTANTE (da compilare se Contraente Persona Giuridica)**

Cognome Nome _____ T _____

C.F. _____ Cittadinanza _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____ Sesso M F

Provincia di Nascita _____ Nazione di Nascita _____

PERSONE ASSICURATE

1° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
2° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
3° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
4° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
5° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
6° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
7° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
8° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza
9° Assicurato	_____	C.F. _____
	(Cognome e Nome)	
Data di nascita	_____	Opzione: <input type="checkbox"/> Extra 1 <input type="checkbox"/> Extra 2 <input type="checkbox"/> Assistenza

SONO STATE SOTTOSCRITTE CONTESTUALMENTE LE SEGUENTI PROPOSTE:

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale (SEPA)

DETTAGLIO DEL PREMIO

Premio annuo lordo euro _____

- Interessi di frazionamento:
 - Mensile (3,5%)
 - Trimestrale (2,5%)
 - Semestrale (2,0%)

Premio alla firma	euro _____
-------------------	------------

La presente proposta ha valore solo dietro versamento della rata iniziale su esposta, per la quale, l'Intermediario deve rilasciare regolare quietanza firmata, contestualmente alla riscossione della rata stessa.

Il premio assicurativo per gli anni successivi al primo può variare a seconda dell'opzione scelta ed in relazione all'età dell'Assicurato.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio alla firma della presente proposta può essere effettuato tramite:

- Assegno (non trasferibile) intestato a Pramerica Life S.p.A.
- POS (Bancomat - Carta di credito)
- Bonifico (Bancario/Postale) a favore di Pramerica Life S.p.A.
UBI >> Banca S.p.A.
Cod. IBAN IT90E0311101665000000018011

Per i premi successivi:

- Addebito diretto SEPA sul c/c Bancario/Postale

Nota Bene: si fa inoltre presente che a tutti gli intermediari assicurativi di Pramerica Life S.p.A. è fatto espresso divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione.

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE SU DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Compagnia il fascicolo informativo "Pramerica Extrasalute" contenente:

- 1 - Nota informativa comprensiva del glossario e delle Condizioni di Assicurazione;
- 2 - copia del documento ex art. 49 comma 2 lettera A bis) del Regolamento ISVAP 5/2006 riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti (modello 7A);
- 3 - copia della dichiarazione ex art. 49 comma 2 lett. A) del Regolamento ISVAP 5/2006 contenente i dati essenziali sull'Intermediario e sull'attività svolta (modello 7B).

Luogo e data _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA

Ai sensi dell'Art. 176 CAP, il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto, che avviene nel momento in cui Pramerica rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e da Pramerica cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Pramerica. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso.

DICHIARAZIONI

Io sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) / Io sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza) dichiaro:

- 1) di prendere atto che l'accettazione del rischio da parte di Pramerica avverrà con l'emissione del documento di polizza;
- 2) che le dichiarazioni da me rilasciate nel presente modulo o rese su altri questionari, quanto quelle fornite ai medici, sono veritiere e complete e riconosco che le domande rivoltemi ed alle quali ho risposto riguardano circostanze essenziali agli effetti della stipulazione del contratto di Assicurazione qui proposto, ne formano la base e ne costituiscono parte integrante;
- 3) di essere stato informato per iscritto da Pramerica di quanto previsto dall'art. 13 (Informativa) e dall'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del D.lgs 196/03 e di prestare il mio consenso, nei limiti in cui lo stesso sia richiesto ai sensi di legge anche in considerazione di quanto previsto dagli articoli 24 comma 1 lettera b) e 43 comma 1 lettera b) del citato D.lgs, al trattamento e alla comunicazione dei dati comuni e sensibili che mi riguardano ai sensi dell'articolo 23 (Consenso) dello stesso D.lgs, nonché alla comunicazione e al trasferimento all'estero per le finalità e con le modalità indicate nella Informativa;
- 4) di obbligarmi a produrre a Pramerica la documentazione sanitaria necessaria ai fini del contratto di Assicurazione qui proposto.
- 5) di prosciogliere dal segreto tutti i medici e istituti sanitari alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente proposta che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Pramerica credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli - ai sensi del D.lgs 196/03 in ottemperanza del quale presto il mio consenso - a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione e acconsentendo altresì che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- 6) di autorizzare Pramerica a mantenere in deposito presso i propri archivi la documentazione relativa alle verifiche e agli accertamenti sanitari necessari ai fini del contratto di Assicurazione qui proposto;
- 7) di essere consapevole che la decisione sulla proposta presentata spetta unicamente a Pramerica che, qualora fosse costretta ad applicare condizioni aggravate o restrittive oppure rinviare l'assicurazione presentata, non è tenuta ad indicarne i motivi; in ogni caso la Proposta, con tutti i relativi allegati, rimane presso Pramerica.

Il Contraente prende atto che le dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono comportare la perdita del diritto alla prestazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). Il Contraente consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi dell'allegato questionario (laddove necessario) corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente all'Assicurato.

Firma (leggibile) del Contraente _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____
(se diverso dal Contraente)

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

CLAUSOLE SOGGETTE AD APPROVAZIONE ESPRESSA

Io sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) dichiaro di approvare espressamente ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile i seguenti articoli:

- con riguardo alle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione; Art. 2 Tacito rinnovo; Art. 3 Assicurazione presso diversi assicuratori; Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Art. 6 Persone non assicurabili; Art. 10 Foro competente; Art. 12 Rischi esclusi dall'assicurazione; Art. 13 Termini di aspettativa/Carenze; Art. 18 Prestazioni ospedaliere; Art. 19 Prestazioni extraospedaliere; Art. 21.2 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 22 Controversie - Arbitrato irrituale.

- con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva ASS – Assistenza: Art. 23 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 24 Prestazioni di Assistenza.

Firma (leggibile) del Contraente _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, ESAMINATO CON ATTENZIONE, OTTENUTO TUTTI I CHIARIMENTI RICHIESTI, PERFETTAMENTE COMPRESO ED ACCETTATO LA "NOTA INFORMATIVA", LE "CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE", IL "GLOSSARIO", I QUALI OLTRE AL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE FORMANO PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO REDATTO SECONDO LE PRESCRIZIONI DEL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010.

Firma (leggibile) del Contraente _____

Luogo e data _____

Dichiaro che le firme del Contraente e dell'Assicurando sono state apposte in mia presenza dopo che ne ho verificato l'identità.

Firma (leggibile) dell'Intermediario _____

Luogo e data _____

TABELLA ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE
Extra 1 - Extra 2

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	EXTRA 1 massimale per persona per anno	EXTRA 2 massimale per persona per anno
A. Ricovero/Day Hospital per Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) Massimale Condizioni: Diretta Indiretta (comprese endoprotesi e spese sostenute a fronte di espianto da donatore) Limite rette di degenza (solo in forma indiretta) PRE/POST Limite Indennità sostitutiva PRE/POST (sostitutiva)	€ 25.000 100% 20% min. € 2.000 € 300 90/90 gg € 1.000 PRE / € 1.000 POST € 100, max. 60 gg. di ricovero all'anno 90/90 con limite di € 1.000 PRE e € 1.000 POST	€ 50.000 100% 20% min. € 2.000 € 300 120/120 gg € 1.000 PRE / € 1.000 POST € 100, max. 60 gg. di ricovero all'anno 120/120 con limite di € 1.000 PRE e € 1.000 POST
B. Accompagnatore	€ 60 max. 30 gg. (no scoperti/franchigie)	€ 60 max. 30 gg. (no scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	EXTRA 1 massimale per persona per anno	EXTRA 2 massimale per persona per anno
E. Alta Diagnostica (da elenco) Massimale Condizioni: Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 2.000 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%	€ 2.500 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%
F. Visite specialistiche Condizioni: Diretta/Indiretta	Massimo 2 visite private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita	Massimo 2 visite private o ticket Rimborso massimo di € 120 per visita
G. Accertamenti diagnostici Massimale Condizioni: Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 250 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%	€ 500 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%
H. Ticket SSN per Esami di Laboratorio Massimale Condizioni: Ticket SSN	€ 50 rimborso 100%	€ 100 rimborso 100%
I. Assistenza Infermieristica Domiciliare Condizioni:	€ 40 al giorno - max. € 600	€ 40 al giorno - max. € 600
J. Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi infortunio Massimale Condizioni:	€ 500 rimborso 100%	€ 750 rimborso 100%

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

www.pramericagroup.it
Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale
Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano
Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580
PEC: pramerica@legalmail.it

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.
Partita IVA 10478370157
Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.
Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico.
Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.



Pramerica