



PROPOSTA  
Pramerica New Protezione & Salute

Pramerica Life S.p.A.

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



**Pramerica**



**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 € \_\_\_\_\_

- Interessi di frazionamento:

- Mensile (3,5%)
- Trimestrale (2,5%)
- Semestrale (2,0%)

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Premio alla fi ma | € _____ |
|-------------------|---------|

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.

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il pagamento del premio alla fi ma 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, ai sensi dell' articolo 47, del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006, a tutti gli intermediari assicurativi è fatto espresso divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione sulla Vita.

## 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 aver ricevuto, letto e compreso l'Informativa sul trattamento dei Dati Personali e di essere stato informato dei diritti a me spettanti ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
- 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 ed 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 a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione comunque rilevante e acconsentendo altresì che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- 6) di conferire sin d'ora mandato irrevocabile, anche nell'interesse di Pramerica, ai sensi dell'art. 1723, comma 2, cod. civ., a richiedere a medici ed Istituti Sanitari che mi hanno visitato e/o avuto in cura la documentazione di carattere sanitario e/o relativa alle cause del decesso nonché ogni altra documentazione dovesse rivelarsi rilevante ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;
- 7) 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;
- 8) 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 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 \_\_\_\_\_

## CLAUSOLE SOGGETTE AD APPROVAZIONE ESPRESSA

Il Contraente dichiara inoltre di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile :

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione; Proroga dell'assicurazione; Assicurazione presso diversi assicuratori; Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Persone non assicurabili; Foro competente; Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3; Termini di aspettative/Carenze; Prestazioni ospedaliere (Ricoveri); Prestazioni extraospedaliere; Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro; Controversie – Arbitrato irrituale.

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 \_\_\_\_\_

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, prov. e data \_\_\_\_\_

| <b>GARANZIE, CONDIZIONI, MASSIMALI E LIMITE DI INTERVENTO</b>    |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | <b>Opzione 1</b>                        | <b>Opzione 2</b>                        | <b>Opzione 3</b>                           |
| <b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE (Art. 17)</b>                         | Massimali per persona per anno          | Massimali per persona per anno          | Massimali per persona per anno             |
| <b>A. Ricovero con/senza intervento</b>                          |   |   |  |
| Day Hospital con/senza intervento                                |   |   |  |
| Intervento Chirurgico Ambulatoriale                              |   |   |  |
| <b>Massimale</b>   | € 260.000                               | € 300.000                               | € 500.000                                  |
| assistenza diretta in network convenzionato                      | franchigia € 1.500                      | 100%                                    | 100%                                       |
| assistenza indiretta   | scoperto 35%, min. € 2.000              | scoperto 20%                            | scoperto 20%                               |
| Spese PRE/POST   | 60/60                                   | 90/90                                   | 120/120                                    |
| <b>Submassimali</b>  |   |   |  |
| Aborto terapeutico/Parto Cesareo                                 | € 4.000                                 | € 5.000                                 | € 6.000                                    |
| Parto fisiologic   | € 2.000                                 | € 3.000                                 | € 5.000                                    |
| Chirurgia refrattiva   |   |   | € 1.500 per occhio                         |
| Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)               | da elenco                               | da elenco                               | no sottolimiti                             |
| Limite rette di degenza (solo fuori rete)                        | € 150 al giorno                         | € 200 al giorno                         | no sottolimiti                             |
| Donatore   | SI                                      | SI                                      | SI   |
| <b>B. Indennità Sostitutiva</b>                                  |   |   |  |
| Massimale  | € 50 giorno - max. 200 giorni           | € 100 giorno - max. 300 giorni          | € 200 giorno - max. 300 giorni             |
| Day Hospital   | 50% per Day Hospital                    | 50% per Day Hospital                    | 50% per Day Hospital                       |
| Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva                 | 60/60                                   | 90/90                                   | 120/120                                    |
| <b>C. Accompagnatore</b>   | € 50 giorno - max. 30 giorni            | € 50 giorno - max. 30 giorni            | € 100 giorno - max. 30 giorni per ricovero |
| <b>D. Trasporto dell'Assicurato</b>                              | € 1.500                                 | € 1.500                                 | € 3.000                                    |
| <b>E. Rimpatrio della salma</b>                                  | € 1.000                                 | € 2.000                                 | € 4.000                                    |
| <b>F. Neonato</b>  |   |   |  |
| Ricovero con/senza intervento                                    |   | primi 4 mesi di vita                    | primi 6 mesi di vita                       |
| Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni congenite | € 20.000 per evento                     | € 30.000 per evento                     | € 50.000 per evento                        |
| <b>G. Ticket sulle prestazioni coperte</b>                       | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta    |
| <b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (Art. 18)</b>                    | Massimali per persona per anno          | Massimali per persona per anno          | Massimali per persona per anno             |
| <b>H. Alta Diagnostica</b>                                       |   |   |  |
| Massimale  |   | € 5.000                                 | € 7.000                                    |
| Condizioni   |   | scoperto 20%, min. € 50                 | scoperto 20%, min. € 50                    |
| <b>I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali</b>                      |   |   |  |
| Massimale  |   | € 1.500                                 | € 3.000                                    |
| Condizioni   |   | scoperto 20%, min. € 50                 | scoperto 20%, min. € 50                    |
| - visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi       |   |   |  |
| - Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malatti                |   | 1 ciclo (10 sedute)                     | 1 ciclo (10 sedute)                        |
| - Medicinali (esclusi omeopatici)                                |   | submassimale: € 200 (franchigia € 20)   | submassimale: € 400 (franchigia € 20)      |
| - Assistenza infermieristica domiciliare                         | € 40 giorno, max. € 600                 | € 40 giorno, max. € 600                 | € 40 giorno, max. € 600                    |
| <b>J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio</b>     |   |   |  |
| Massimale  | € 500                                   | € 500                                   | € 4.000                                    |
| Condizioni   | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta    |
| <b>K. Cure odontoiatriche da infortunio</b>                      |   |   |  |
| Massimale  | € 1.000                                 | € 1.000                                 | € 4.000                                    |
| Condizioni   | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta    |
| <b>L. Lenti/occhiali</b>   |   |   |  |
| Massimale  |   |   | € 300                                      |
| Condizioni   |   |   | franchigia € 75                            |
| <b>M. Ticket sulle prestazioni coperte</b>                       |   |   |  |
| Condizioni   | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta | rimborso del 100% della spesa sostenuta    |

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Fac-Simile

[www.pramericagroup.it](http://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](mailto:pramerica@legalmail.it)

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



**Pramerica**

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.