



PROPOSTA
Pramerica New Zero Imprevisti

Pramerica Life S.p.A.

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



Pramerica

SCelta OPZIONE

Le prestazioni di polizza possono essere attivate secondo delle combinazioni prestabilite a scelta dell'Assicurato di seguito elencate:

1	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 €
2	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 €
3	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 €
4	Invalidità Permanente da Infortunio	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 €
5	Invalidità Permanente da Malattia	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 €
6	Invalidità Permanente da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 €
7	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €
8	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €
9	Morte da Infortunio Invalidità Permanente da Infortunio Invalidità permanente da Malattia Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 1.000.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €
10	Invalidità Permanente da Infortunio Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €
11	Invalidità Permanente da Malattia Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €
12	Invalidità Permanente da Infortunio Invalidità Permanente da Malattia Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi)	capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 750.000 € capitale assicurabile: Min 100.000 € Max 250/350.000 € indennità giornaliera da 50 a 100 €

* Invalidità Permanente da Malattia: capitale massimo assicurabile 350.000 € (fino a 50 anni non compiuti);
capitale massimo assicurabile 250.000 € (da 50 anni fino a 65 non compiuti).

SCelta OPZIONE	Morte da Infortunio (€)	Invalidità Permanente da Infortunio (€)	Franchigia 3%	Franchigia 5%	Opzione Tabella Inail	Opzione Tabella Ania	Invalidità Permanente da Malattia (€)	Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi) da 50 a 100 (€)
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
2		-	-	-	-	-		-
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		-
4	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
5	-	-	-	-	-	-		-
6	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		-
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
8		-	-	-	-	-		
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
11	-	-	-	-	-	-		
12	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE SU DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Compagnia il fascicolo informativo "Pramerica New Zero Imprevisti" 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 del Contraente _____

SONO STATE SOTTOSCRITTE CONTESTUALMENTE LE SEGUENTI PROPOSTE:

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

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

DETTAGLIO DEL PREMIO

Premio annuo lordo € _____

Interessi di frazionamento semestrale 2%

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

BENEFICIARI (caso morte)

- Coniuge dell'Assicurato
- Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli
- Eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato stesso in parti uguali
- Genitori dell'Assicurato
- Altro _____
(nome, cognome e codice fiscale)
- _____ (nome, cognome e codice fiscale)

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) / lo 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 (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)

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; Recesso in caso di sinistro; Assicurazione presso diversi assicuratori; Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Persone non assicurabili; Foro competente;

Sezione Infortuni: Oggetto dell'assicurazione; Esclusioni (operanti per tutte le garanzie); Criteri di calcolo e di valutazione dell'Indennizzo;

Sezione Malattia: Oggetto dell'assicurazione; Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia; Esclusioni; Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa; Obblighi 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 _____

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Fac-Simile

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



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.