



PROPOSTA  
Pramerica Term Plus

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 TARIFFA / PRODOTTO:

Pramerica Term Plus (Mod. PTP - 05/18)

### CONTRAENTE

Cognome Nome/ Denominazione sociale\* \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione di Nascita \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Residenza/Sede Legale \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

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

Cognome Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### ASSICURANDO (da compilare se diverso dal Contraente)

Cognome Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione di nascita \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione di residenza  ITALIA  ESTERA (Specificare) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- Ha in corso o in attesa di perfezionamento una o più proposte di altri rami con Pramerica? SI  NO
- A quali sport si dedica ? In forma agonistica?  
o \_\_\_\_\_ SI  NO   
o \_\_\_\_\_ SI  NO
- Ha intenzione di partecipare a competizioni sportive ?  
Se SI, quali \_\_\_\_\_ SI  NO
- Ha intenzione di effettuare viaggi o soggiorni all'estero in zone a rischio? SI  NO   
(non sono considerati a rischio i viaggi nelle aree più frequenti quali Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale - Tibet escluso)

Se SI, dove \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_

Tempo di permanenza: \_\_\_\_\_ (settimane) Motivo:  Vacanze  Lavoro

### (da compilare solo in caso di LTC):

- Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre proposte Long Term Care con Pramerica o altre Compagnie di assicurazione? SI  NO   
In caso affermativo si prega di specificare la rendita \_\_\_\_\_
- Ha mai ricevuto un rifiuto o di ferimento ad una richiesta di assicurazione (malattie gravi, vita, invalidità) oppure un'accettazione a condizioni speciali (per esempio con sovrappremio o esclusioni)? SI  NO

- Decorrenza \_\_\_\_\_
- Durata \_\_\_\_\_ anni
- Frazionamento del premio:  Mensile (SEPA)  Trimestrale (SEPA)  Semestrale (SEPA)  Annuale
- Capitale iniziale (differito) € \_\_\_\_\_
- Capitale assicurato caso Morte € \_\_\_\_\_
- Capitale assicurato "CRILL" € \_\_\_\_\_
- Rendita mensile posticipata assicurata "LTC" € \_\_\_\_\_
- Proposta in convenzione \_\_\_\_\_

**BENEFICIARI (caso morte)**

- Tipologia: \_\_\_\_\_
- |        |           |                   |       |
|--------|-----------|-------------------|-------|
| (nome) | (cognome) | (data di nascita) | (%)   |
| _____  | _____     | _____             | _____ |
| (nome) | (cognome) | (data di nascita) | (%)   |
| _____  | _____     | _____             | _____ |

Il beneficiario/i fa/fanno parte del nucleo familiare del Contraente?  SI  NO ha/hanno rapporti professionali con lo stesso?  SI  NO

Se NO, specificare il rapporto tra le parti: \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO - STATO DI SALUTE**

- Questionario anamnestico  Stato di salute

**AVVERTENZE:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario anamnestico, l'Assicurando, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Pramerica, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il cui costo sarà a suo carico.

**DETTAGLIO DEL PREMIO**

- Premio annuo netto totale € (\*) \_\_\_\_\_
- |   |  |                                       |                                    |        |                        |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|--------|------------------------|
| • Sovrappremio caso Morte                         | <input type="checkbox"/> professionale | <input type="checkbox"/> sportivo     | <input type="checkbox"/> sanitario | € (**) | _____                  |
| • Sovrappremio "CRILL"                            | <input type="checkbox"/> professionale | <input type="checkbox"/> sportivo     | <input type="checkbox"/> sanitario | € (**) | _____                  |
| • Sovrappremio "LTC"                              | <input type="checkbox"/> professionale | <input type="checkbox"/> sportivo     | <input type="checkbox"/> sanitario | € (**) | _____                  |
| • Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP) | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO           |                                    | €      | _____                  |
| • Invalidità Totale e Permanente (INVEP)          | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO           |                                    | €      | _____                  |
| • Living Needs Benefit – beneficio in vita (LNB)  | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO           |                                    | €      | _____ (gratuita) _____ |
| • LTC "non autosufficienza"                       | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO           |                                    | €      | _____                  |
| • CRILL "malattie gravi"                          | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO           |                                    | €      | _____                  |
| • Interessi di frazionamento                      | <input type="checkbox"/> mens. (3,5%)  | <input type="checkbox"/> trim. (2,5%) | <input type="checkbox"/> sem. (2%) | €      | _____                  |

Rata iniziale del _____	Premio Netto € _____	Diritti di emissione € _____	Premio Lordo € _____
Rate successive dal _____	Premio Netto € _____	Diritti di incasso € _____	Premio Lordo € _____

La presente proposta ha valore solo dietro versamento della rata iniziale su esposta, per la quale, ad esclusione dei versamenti con bonifico bancario/postale, l'Intermediario deve rilasciare regolare quietanza firmata, contestualmente alla riscossione della rata stessa.

(\*) L'importo del premio sopradescritto è al netto di eventuali sovrappremi calcolati da Pramerica a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie fatte dall'Assicurando.

(\*\*) Nel caso in cui fosse presente sia un sovrappremio professionale sia un sovrappremio sportivo, gli importi non verranno sommati tra loro, ma si terrà conto solo del maggiore dei due.

**MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO**

- Addebito diretto SEPA sul c/c Bancario/Postale (frazionamento: mensile, trimestrale, semestrale, annuale)
- Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corrispondere il premio annuale con la modalità "Bollettino MAV". Tale premio non potrà essere frazionato.

**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.

**CONVERSIONE - TRASFORMAZIONE - REVOCA/RECESSO CON RIEMMISSIONE**

- Conversione totale  Conversione parziale  Trasformazione  Revoca/Recesso con riemissione

Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_

In caso di conversione, la rata iniziale è già ridotta di € \_\_\_\_\_

In caso di Revoca/Recesso con riemissione verrà utilizzato, per la rata iniziale, l'importo versato per la proposta n. \_\_\_\_\_

**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 sulla Vita 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 sulla Vita qui proposto, rivolgendomi a medici di fiducia di Pramerica ed utilizzando le strutture fornite o indicate dalla stessa;
- 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.

Inoltre, con la sottoscrizione della presente Proposta, l'Assicurando, se diverso dal Contraente, dichiara il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Il Contraente consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Firma (leggibile) del Contraente \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) dell'Assicurando  
(se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

**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, la sezione B relativa a "Modalità di versamento dei premi" nella Nota Informativa e i seguenti articoli contenuti nelle:

- "Condizioni di assicurazione":
  - Entrata in vigore dell'Assicurazione – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato – Limitazioni alla prestazione in caso di decesso – Pagamento del premio – Sospensione e mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto – Revoca della proposta – Diritto di Recesso – Riduzione – Riscatto – Riattivazione – Cessione, Pegno, Vincolo – Pagamento delle prestazioni – Foro competente.
- Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive:
  - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva CRILL "malattie gravi": Entrata in vigore - Definizioni di "malattia grave" – Visite Mediche – Premio della Garanzia Aggiuntiva CRILL
  - Modifiche delle condizioni tariffarie – Sospensione ed estinzione – Riattivazione - Carenza - Esclusioni - Denuncia di sinistro e obblighi relativi – Controversie e Collegio Arbitrale – Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "malattie gravi" – Pagamento del capitale – Richiamo alle condizioni di polizza.
  - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva LTC "non autosufficienza": Entrata in vigore - Definizioni dello stato di "non autosufficienza" – Visite Mediche – Premio della Garanzia Aggiuntiva LTC – Modifica delle condizioni tariffarie – Sospensione ed estinzione – Carenza – Esclusioni – Denuncia di sinistro e obblighi relativi – Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "perdita di autosufficienza" – Pagamento della prestazione – Rivedibilità dello stato di "non autosufficienza" – Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato – Controversie e Collegio Medico Arbitrale – Opzione "LTC" a scadenza – Richiamo delle Condizioni di polizza.
  - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva Living Needs Benefit LNB "Beneficio in vita" : Prestazione e definizione assicurata - Entrata in vigore – Durata della Garanzia Aggiuntiva - Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi – Riconoscimento dello stato di malattia terminale e pagamento del capitale - Esclusione dei rischi - Richiamo alle condizioni di polizza.
  - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva INVEP "Invalidità Totale e Permanente": Entrata in vigore - Definizione di Invalidità Totale e Permanente – Durata della Garanzia Aggiuntiva - Premio – Sospensione ed estinzione – Esclusioni – Denuncia di invalidità e obblighi relativi - Obblighi successivi al riconoscimento dell'Invalidità – Controversie e Collegio Arbitrale – Obblighi antecedenti il riconoscimento dello stato di invalidità – Cessazione dell'Invalidità – Sospensione ed estinzione della Garanzia Aggiuntiva – Garanzie Aggiuntive - Richiamo delle Condizioni di polizza.
  - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva IFGP "Invalidità Funzionale Grave e Permanente": Entrata in vigore - Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente – Visite Mediche – Premio – Modifica delle condizioni tariffarie – Sospensione ed estinzione – Sospensione ed Estinzione – Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva IFGP - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Riconoscimento e pagamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente – Richiamo delle Condizioni di polizza.

Firma (leggibile) del Contraente \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO GRATUITAMENTE DALL'INTERMEDIARIO COPIA DEL "DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE (KID)" CON CONGRUO ANTICIPO RISPETTO ALLA DECISIONE DI INVESTIMENTO E DI AVER AVUTO LA POSSIBILITA' DI VALUTARE LE INFORMAZIONI RILEVANTI RELATIVE AL PRODOTTO MI CONTENUTE. IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO, ESAMINATO CON ATTENZIONE, OTTENUTO TUTTI I CHIARIMENTI RICHIESTI, PERFETTAMENTE COMPRESO ED ACCETTATO LA "SCHEDE SINTETICA", LA "NOTA INFORMATIVA", LE "CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE" E IL "GLOSSARIO", I QUALI, UNITAMENTE 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 \_\_\_\_\_

**PACCHETTI DI ANALISI SANITARIE**

Nelle tabelle sottostanti, sono indicati il questionario anamnestico e i pacchetti sanitari previsti per l'emissione del contratto in relazione all'età assicurativa e alle prestazioni assicurate. I valori delle prestazioni caso morte e crill sono espressi in migliaia di Euro.

**TEMPORANEA CASO MORTE**

Età in anni	Capitale fino a 100	Capitale oltre 100 fino a 150	Capitale oltre 150 fino a 200	Capitale oltre 200 fino a 300	Capitale oltre 300 fino a 600	Capitale oltre 600 fino a 1000	Capitale oltre i 1000
18-40	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3
41-55	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3	VM4
56-60	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3	VM4	VM4	VM4
> 60	VM1	VM1	VM2	VM4	VM4	VM4	VM4

**CRITICAL ILLNESS (CRILL - MALATTIE GRAVI)**

Età	Capitale fino a 100	Capitale Oltre 100 fino a 200	Capitale Oltre 200 fino a 250	Capitale Oltre 250 fino a 400
18 - 55	Questionario Anamnestico	VM1	VM3	VM4
56 - 65	VM1	VM3	VM4	VM4

**LONG TERM CARE (LTC - NON AUTOSUFFICIENZA)**

Età	Rendita Mensile fino a 2.500 euro	Rendita Mensile > di 2.500 euro
< = 60	Questionario Anamnestico	VM LTC
> 60	VM LTC	VM LTC

**DETTAGLIO ESAMI**

**VM1:** visita medica, esame urine, colesterolo totale, emocromo, glicemia.

**VM2:** visita medica, esame urine, emocromo, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi AST, transaminasi ALT, gamma GT, test HIV.

**VM3:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi AST, transaminasi ALT, gamma GT, test HIV.

**VM4:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, elettrocardiogramma di cicloergometro, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi AST, transaminasi ALT, gamma GT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale, bilirubina frazionata, test HIV.

**VMLTC:** visita medica, minimal Test

Costo medio dei pacchetti di analisi sanitarie	VM1	VM2	VM3	VM4	VMLTC
Euro	120	190	220	340	100

Il tipo di pacchetto sanitario è indicato in fase di prenotazione per il Centro Medico.

**MODALITA' 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.
- Bonifico (\*) Bancario /Postale a favore di Pramerica Life S.p.A. UBI >> Banca S.p.A.  
Cod. IBAN: IT72J031110166500000028686
- Bancomat
- Carta di credito
- Bollettino MAV

Per i premi successivi:

- Addebito diretto SEPA sul c/c Bancario/Postale (frazionamento: mensile, trimestrale, semestrale, annuale)
- Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corrispondere il premio annuale con la modalità "Bollettino MAV". Tale premio non potrà essere frazionato.

(\* ) Nell'apposito riquadro destinato alla causale/descrizione del Bonifico indicare sempre il numero di proposta e il nome e cognome del Contraente

**MODALITÀ DI PAGAMENTO DEGLI EVENTUALI VERSAMENTI INTEGRATIVI**

Il pagamento degli eventuali Versamenti Integrativi devono essere effettuati tramite:

- Assegno (non trasferibile) intestato a Pramerica Life S.p.A.
- Bonifico (\*) Bancario /Postale a favore di Pramerica Life S.p.A. UBI >> Banca S.p.A.  
Cod. IBAN: IT72J031110166500000028686
- Bancomat
- Carta di credito

(\* ) Nell'apposito riquadro destinato alla causale/descrizione del Bonifico indicare sempre il numero di proposta e il nome e cognome del Contraente

## ESERCIZIO DEL DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

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, con diritto di recuperare i costi indicati al punto 5.1.1 della Nota informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella tabella soprastante, se sostenute da Pramerica.

Ai sensi dell'Art. 177 CAP il **Contraente inoltre può recedere dal contratto** entro trenta giorni dalla data in cui lo stesso è stato perfezionato.

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.

Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare i costi indicati al punto 5.1.1 della Nota informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella tabella soprastante, se sostenute da Pramerica.

Pramerica tratterà per l'operazione di recesso 50,00 euro, come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (Art. 177, Terzo Comma, CAP)

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.