



PROPOSTA
Pramerica Term Plus

Pramerica Life S.p.A.

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



Pramerica

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO (PERSONA FISICA)*

A. Informazioni sullo stato occupazionale

Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo indeterminato.
- Autonomo/libero professionista/titolare di rendite.
- Pensionato.
- Occupato con contratto a tempo determinato, di collaborazione organizzata, di collaborazione coordinata e continuativa ante D.Lgs 81/2015, interinale, etc.
- Non occupato.

B. Informazioni sulle persone da tutelare

Ha necessità di tutelare assicurativamente altre persone?

Sì No se sì quali _____

C. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa

Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/Investimento.
 - Previdenza/Pensione Complementare.
 - Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi).
 - Nessuna copertura assicurativa vita.
- C.1. Con questa proposta intende sostituire in tutto o in parte alcune delle polizze sulla vita con Pramerica o altra Compagnia?
Sì No
- C.2. Il premio per questa proposta è stato pagato in tutto o in parte con fondi presi da polizze sulla vita con Pramerica o altra Compagnia?
Sì No

D. Informazioni sulla situazione finanziaria

Per valutare l'adeguatezza dell'investimento assicurativo da Lei sottoscritto, Le richiediamo il Suo livello di capacità media annua di risparmio:

Qual è la Sua capacità di risparmio medio annuo?

- Fino a € 5.000,00
- Da € 5.000,00 a € 15.000,00
- Oltre € 15.000,00

La Sua capacità di risparmio deve essere valutata tenendo conto della Sua situazione patrimoniale, reddituale ed al netto degli impegni finanziari già in essere; al fine di permetterLe una corretta indicazione delle capacità di risparmio, La preghiamo di valutare ed indicare alcuni dei fattori rilevanti:

Reddito annuo variabile o incerto

Sì No

Numero di persone componenti nucleo familiare _____

Di cui a carico _____

Eventuale esposizione finanziaria annuale: rate per mutui e finanziamenti

- Assente fino a € 1.000,00
- Da oltre € 1.000,00 a € 5.000,00
- Oltre € 5.000,00

E. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto

E.1. Obiettivi assicurativi/Previdenziali

Quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire con il contratto?

- Risparmio/Investimento
- Previdenza/Pensione Complementare
- Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità da infortunio o malattie gravi)

E.2. Orizzonte Temporale

Qual è il periodo dopo il quale Lei si aspetta di veder raggiunti, anche con riferimento alla durata contrattuale, gli obiettivi minimali perseguiti col contratto e valutare nuovamente le caratteristiche offerte?

- Lungo periodo (> 10 anni)
- Medio periodo (6-10 anni)
- Breve periodo (\leq 5 anni)

E.3. Propensione al rischio del contratto

Qual è la Sua propensione al rischio e conseguentemente la Sua aspettativa di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Bassa (sono disposto/a a sopportare oscillazioni molto limitate del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare rendimenti modesti ma sicuri alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
- Media (sono disposto/a a sopportare oscillazioni contenute del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare probabili rendimenti medi alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
- Alta (sono disposto a sopportare oscillazioni anche elevate del valore dell'investimento nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti, con la consapevolezza che ciò comporta dei rischi).

E.4. Esperienza finanziaria

Qual è la Sua esperienza in materia di strumenti finanziari?

- Poca Generica Medio/Alta

E.5. Esigenze di liquidità

Qual è la probabilità che Lei possa richiedere, nei primi anni, l'interruzione del rapporto assicurativo interrompendo il piano dei versamenti o chiedendo il disinvestimento anticipato rispetto alla durata contrattuale definita?

- Bassa probabilità** di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.
- Alta probabilità** di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE NON ABBA RISPOSTO A TUTTE O AD ALCUNE DELLE DOMANDE PRECEDENTI O SE LA SCELTA ASSICURATIVA OPERATA NON SIA COERENTE CON LE DICHIARAZIONI FORNITE

1) Dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste

Il sottoscritto, Contraente della presente proposta, dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò non rende possibile la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative

Firma (leggibile) del Contraente _____

Motivi:

- Insufficienza informazioni.
- Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio.
- Prodotto non conforme agli obiettivi espressi.
- Caratteristiche e/o opzioni di prodotto/durata non adeguate alla situazione personale del Contraente/Assicurando.

Altro _____

2) Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi sotto indicati, per i quali sulla base delle informazioni raccolte o comunque disponibili la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle esigenze assicurative del Contraente e il sottoscritto Contraente conferma comunque la propria volontà di stipulare il contratto.

Luogo e data _____

Firma dell'Intermediario _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

* In caso di Persona Giuridica compilare il modulo: "Questionario per la Valutazione dell'Adeguatezza del Contratto - Persona Giuridica"

- Decorrenza _____ • Durata _____ anni
- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale
- Capitale iniziale caso vita € _____
- Capitale assicurato caso morte € _____
- Capitale assicurato "CRILL" € _____
- Rendita mensile posticipata assicurata "LTC" € _____
- Proposta in convenzione: SI NO se si quale _____

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 beneficiario: _____
(nome, cognome e data di nascita)
- _____ (nome, cognome e 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:

- 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;
- prima della sottoscrizione del questionario anamnestico, l'Assicurando, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- 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	€ (*) _____	di cui:	
• 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 E FRAZIONAMENTO 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 Postale". 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 DEL CONTRATTO

- Conversione totale Conversione parziale Trasformazione Revoca/ Recesso con riemissione del contratto

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 del contratto 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 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 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 alle cui prestazioni sia ricorso o doversi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Pramerica credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento altresì, che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- 6) di autorizzare Pramerica a rivolgersi - ai sensi del d.lgs 196/03 in ottemperanza del quale presto il mio consenso - in ogni tempo e per qualsiasi informazione sul mio conto, ai fini del controllo e della verifica del mio stato di salute, ad altre persone, così come ai medici ed agli Istituti Sanitari che mi hanno visitato e/o avuto in cura ed autorizzo in pari tempo i medici e gli Istituti Sanitari e le altre persone a fornire a Pramerica le informazioni da essa richieste. A tal fine dichiaro di liberare, in tali limiti, dal segreto professionale tali soggetti.
- 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": Definizioni di "malattia grave" - Visite Mediche - Modifiche delle condizioni tariffarie - Sospensione ed estinzione - Carenza - Esclusioni - Denuncia di sinistro e obblighi relativi - Controversie e Collegio Arbitrale - Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "malattie gravi" - Pagamento del capitale.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva LTC "non autosufficienza": Definizione dello stato di "non autosufficienza" - Visite Mediche - 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 - Rivelabilità dello stato di "non autosufficienza" - Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato - Controversie e Collegio Medico Arbitrale - Opzione "LTC" a scadenza.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva Living Needs Benefit LNB "Beneficio in vita": 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.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva INVEP "Invalidità Totale e Permanente": Durata della Garanzia Aggiuntiva - 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.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva IFGP "Invalidità Funzionale Grave e Permanente": Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Modifica delle condizioni tariffarie - Sospensione ed estinzione - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Riconoscimento e pagamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente.

Firma (leggibile) del Contraente _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA 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", 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, prov. 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, prov. 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	Q.A.		Q.A.		Q.A.		Q.A.		VM1		VM2		VM3
41 - 55	Q.A.		Q.A.		Q.A.		VM1		VM2		VM3		VM4
56 - 60	Q.A.		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	Q. A.	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	Q. A.	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 al 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, minimental 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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio alla firma della presente proposta e degli eventuali versamenti integrativi, 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

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 Postale". 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

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
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

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.