



PROPOSTA
Assicurazione di Protezione Temporanea Privilegiata

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:

- 1 – Infnitive Convertible Term (Mod. ICT - 05/18) 3 – Family Protection (Mod. FP - 05/18)
 2 – New Cash Back Term (Mod. NCBT - 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
- Ha fumato negli ultimi 12 mesi? (sigarette, sigari, pipa o altro?) SI NO Se sì, quantità giornaliera _____
- Se NO, ha fumato negli ultimi 36 mesi (sigarette, sigari, pipa o altro?) SI NO
- A quali sport si dedica? In forma agonistica?
o _____ SI NO
o _____ SI NO
- Ha intenzione di partecipare a competizioni sportive? SI NO
Se SI, quali _____
- 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

- Decorrenza _____ • Durata _____ anni • Durata pagamento premi _____ anni
- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale
- Capitale assicurato € _____
- (*) Rendita assicurata € _____ • (*) Capitale iniziale caso morte € _____
- (*) Rateazione rendita: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale
- Proposta in convenzione _____

(*) solo per la tariffa: "Family Protection"

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 € (*) _____ (esclusi diritti e imposte)
- Sovrappremio professionale sportivo sanitario € _____
 - Infortunio INF 1 INF 2 € _____ (solo per tariffe: 1-2)
 - Invalidità totale e permanente (INVEP) € _____ (solo per tariffa: 1)
 - Interessi di frazionamento:
 - Mensile (3,5%) Trimestrale (2,5%) Semestrale (2%) € _____
 - Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP) SI NO € _____ (gratuita) _____
 - Living Needs Benefit – beneficio in vita (LNB) SI NO € _____ (gratuita) _____ (solo per tariffe: 1-2)

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

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.

Revoca/Recesso con Rimissione: In caso di Revoca/Recesso con Rimissione 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 persona diversa 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 lettera relativa a "Modalità di versamento dei premi" nella Nota informativa e:

- i seguenti articoli contenuti nelle "Condizioni di assicurazione" (laddove applicati):
Entrata in vigore dell'Assicurazione - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Limitazioni alla prestazione in caso di decesso - Denuncia di Invalità Funzionale Grave e Permanente e obblighi relativi - Pagamento del premio - Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto - Revoca della proposta - Diritto di Recesso - Riattivazione - Cessione, Pegno, Vincolo - Pagamento delle prestazioni - M.I.A. "Make it able" - Foro competente.
- Inoltre dichiaro di approvare espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli:
- con riguardo alle Condizioni Fumatori e Non -Fumatori (laddove applicate):
Definizioni delle classi di rischio - Determinazione del premio - Inesatta dichiarazione dello stato di Non-Fumatore dell'Assicurato - Modifica della classe di appartenenza dell'Assicurato.
Condizioni Standard: Dichiarazione dello stato di Non Fumatore Standard dell'Assicurato - Definizioni delle Classi standard - Inesatta dichiarazione dello stato di Non-Fumatore dell'Assicurato - Modifica della classe di appa tenenza dell'Assicurato.
- Condizioni Privilegiate: Dichiarazione dello stato di Non-Fumatore Plus dell'Assicurato - Definizione delle classi privilegiate - Modifica della classe di appartenenza dell'Assicurato - Determinazione del Premio.
- Con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit "Beneficio in Vita" (laddove applicate): Denuncia dello stato di Malattia Terminale e obblighi relativi;
- Con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare di Esonero dal Pagamento dei Premi in caso di Invalità Totale e Permanente (INVEP) (laddove applicate): Esclusioni - Denuncia di invalidità e obblighi relativi - Obblighi successivi al riconoscimento dell'invalidità - Controversie e Collegio Arbitrale - Cessazione dell'Invalidità - Riduzione e Riscatto;
- Con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare per il Caso di Morte da Infortunio - INF1, INF2 - (laddove applicate): Estensione dell'Assicurazione - Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare - Pagamento del Capitale Assicurato.

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 fi me 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

Nella tabella sottostante, è indicato il questionario anamnestico e i pacchetti sanitari previsti per l'emissione del contratto in relazione all'età assicurativa e al capitale assicurato.

I valori dei capitali sono espressi in migliaia di Euro.

Età in anni	Capitale fino a 100		Capitale oltre fino a 100 150		Capitale oltre fino a 150 200		Capitale oltre fino a 200 300		Capitale oltre fino a 300 600		Capitale oltre fino a 600 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

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.

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

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 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

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

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 diritti di emissione indicati al punto 6.1.1. 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.

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, allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e della relativa documentazione, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare i diritti di emissione indicati al punto 6.1.1. 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.

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

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