



PROPOSTA  
Whole Life Lab

Pramerica Life S.p.A.

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



**Pramerica**



- Decorrenza \_\_\_\_\_ • Durata pagamento premi \_\_\_\_\_ anni • Durata Vita Intera
- Frazionamento del premio:  Mensile (SEPA)  Trimestrale (SEPA)  Semestrale (SEPA)  Annuale
- Capitale iniziale € \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARI (caso morte)

- Coniuge dell'Assicurato  Altro Beneficiari  
 Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli \_\_\_\_\_  
 (nome, cognome e data di nascita)  
 Eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi  
 dell'Assicurato stesso in parti uguali \_\_\_\_\_  
 (nome, cognome e data di nascita)  
 Genitori dell'Assicurato \_\_\_\_\_  
 (nome, cognome e data di nascita)
- Il beneficiario/i fa/fanno parte del nucleo familiare del **Contraente?**  SI  NO  
 Il beneficiario/i ha/hanno rapporti professionali con il **Contraente?**  SI  NO  
 Se NO, specificare il rapporto tra le parti: \_\_\_\_\_

#### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Questionario anamnestico allegato  SI  NO

#### 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 € (\*\*) \_\_\_\_\_ (escluse imposte)  
 di cui:
- Sovrappremio sanitario € \_\_\_\_\_
  - Sovrappremio professionale € (\*\* ) \_\_\_\_\_
  - Sovrappremio sportivo € (\*\* ) \_\_\_\_\_
  - Infortunio  INF 1  INF 2 € \_\_\_\_\_
  - Invalidità Totale e Permanente (INVEP)  SI  NO € \_\_\_\_\_
  - Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)  SI  NO € \_\_\_\_\_ (gratuita)
  - Living Needs Benefit – beneficio in vita (LNB)  SI  NO € \_\_\_\_\_ (gratuita)

Rata iniziale del __/__/__	Premio Netto € _____	Imposte € _____	Premio Lordo € _____
Rate successive dal __/__/__	Premio Netto € _____	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.

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

#### MODALITA' DI VERSAMENTO DEI PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO

- Addebito diretto SEPA Bancario/Postale (frazionamento: mensile, trimestrale, semestrale)  
 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 RIEMMISSIONE DEL CONTRATTO

- 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 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, 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 menzaci 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 B relativa al punto 3 "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 - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Riconoscimento dello stato di invalidità funzionale grave e permanente - Pagamento del Premio - Sospensione e mancato pagamento del premio: Risoluzione del contratto - Revoca della proposta - Diritto di Regresso - Riscatto - Riduzione - Riscatto della polizza ridotta - Riattivazione - Prestiti - Cessione, Pegno, Vincolo - Pagamento delle prestazioni - Opzione Borsa di studi - Foro competente.  
Inoltre dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli:
- con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit "Beneficio in vita":  
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 Invalidità Totale e Permanente (INVEP):  
Durata - Esclusioni - Denuncia di invalidità e obblighi relativi - Obblighi successivi al riconoscimento dell'invalidità - Controversie e Collegio Arbitrale - Cessazione dell'Invalidità - Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare;
- con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare per il Caso di Morte da Infortunio (INF1 - INF2):  
Durata - Estensione dell'Assicurazione - Esclusioni e delimitazioni del rischio - Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare - Pagamento del Capitale Assicurato.

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 IVI 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, prov. 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

Dichiaro inoltre di aver verificato la veridicità dei dati fornitimi anche ai fini di quanto previsto dalla normativa vigente in tema di prevenzione del riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Firma (leggibile) dell'Intermediario \_\_\_\_\_ Luogo, prov. 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 ALT, transaminasi AST, gamma GT, test HIV.

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

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

Si precisa che il costo dei pacchetti di analisi sanitarie per l'emissione del contratto, in relazione all'età assicurativa, al capitale assicurato totale e al rischio ad esso connesso, sono a carico del Contraente.

Inoltre si precisa che la "visita medica" comporta la compilazione, a cura di un medico, del "Mod. 03 – Rapporto di Visita Medica" predisposto da Pramerica.

## 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.**
- **Bonifico (\*) Bancario /Postale a favore di Pramerica Life S.p.A.**  
Banca UNICREDIT  
Cod. IBAN IT 401 02008 09434 000101420231

Per i premi successivi:

- Addebito diretto SEPA 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

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 le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurando 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 le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurando indicate nella tabella soprastante, se sostenute da Pramerica.

Per l'operazione di recesso Pramerica tratterà un costo fisso pari a 50,00 euro, come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (Art. 177, terzo comma, CAP)

Moduli da allegare alla presente proposta:

- Allegato antiriciclaggio
- Allegato Privacy

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.