



PROPOSTA  
New Easy Lab

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 temporaneo, di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, interinale, ecc.
- 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 proposte/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 proposte/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 insicuro

Sì  No

Numero di persone componenti nucleo familiare \_\_\_\_\_

Di cui a carico \_\_\_\_\_

Eventuale esposizione finanziaria (mutui, rate, ecc.)

- 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 (≤ 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 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 ABBIÀ 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
- Rendita iniziale € \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARI (caso morte)

- Coniuge dell'Assicurato  Altro \_\_\_\_\_  
(nome, cognome e data di nascita)
- Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli \_\_\_\_\_  
(nome, cognome e data di nascita)
- Eredi legittimi dell'Assicurato \_\_\_\_\_  
(nome, cognome e data di nascita)
- Genitori dell'Assicurato \_\_\_\_\_  
(nome, cognome e data di nascita)

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

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

#### AVVERTENZA:

Tutte 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.

#### DETTAGLIO DEL PREMIO

Premio annuo netto totale € \_\_\_\_\_

Rata iniziale del __ / __ / __	Premio Netto € _____
Rate successive da __ / __ / __	Premio Netto € _____

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.

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

- 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 Postale". Tale premio non potrà essere frazionato.

**Nota Bene:** si fa inoltre presente che, ai sensi dell' articolo 47, del Regolamento IVASS 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.

#### SOSTITUZIONE

- Sostituzione 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 Pramerica avverrà con l'emissione del documento di polizza;
- 2) 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.

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, il 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 – Pagamento del premio – Sospensione e mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto – Revoca della proposta – Diritto di Recesso – Riduzione – Riattivazione – Prestiti – Cessione, Pegno, Vincolo – Pagamento delle prestazioni – Foro competente.

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

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, ESAMINATO CON ATTENZIONE, OTTENUTO TUTTI I CHIARIMENTI RICHIESTI, PERFETTAMENTE COMPRESO ED ACCETTATO LA "SCHEDA 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 IVASS 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.

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

## 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.**

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 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*

## 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.

Banca UNICREDIT

Cod. IBAN IT 401 02008 09434 000101420231

*(\*) 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.

**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 e della relativa documentazione, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato.

**Pramerica tratterrà per l'operazione di recesso 50,00 euro.**

**Moduli da allegare alla presente proposta:**

- Allegato antiriciclaggio
- Allegato Privacy

FAC-Simile  
Pagina lasciata intenzionalmente bianca

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.