



PROPOSTA
Pramerica New Protezione & Salute

Pramerica Life S.p.A.

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



Pramerica

SONO STATE SOTTOSCRITTE CONTESTUALMENTE LE SEGUENTI PROPOSTE:

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

PROPOSTA N. _____ Fascicolo Informativo (Mod.) _____

- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale (SEPA)

DETTAGLIO DEL PREMIO

Premio annuo lordo € _____

- Interessi di frazionamento:
 - Mensile (3,5%)
 - Trimestrale (2,5%)
 - Semestrale (2,0%)

Premio alla firma	€ _____
-------------------	---------

La presente proposta ha valore solo dietro versamento della rata iniziale su esposto, per la quale, l'Intermediario deve rilasciare regolare quietanza firmata, contestualmente alla riscossione della rata stessa.

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.
- POS (Bancomat - Carta di credito)
- Bonifico (Bancario/Postale) a favore di Pramerica life S.p.A.
Banca UNICREDIT
Cod. IBAN IT 25 J 02008 09434 000103464945

Per i premi successivi:

- Addebito diretto SEPA sul c/c Bancario/Postale

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.

DICHIARAZIONI:

Io sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) / lo 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 prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi 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 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. Acconsento altresì, che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- 5) 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;
- 6) 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;
- 7) 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.

Il Contraente prende atto che le dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono comportare la perdita del diritto alla prestazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

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

Firma (leggibile) del Contraente _____ Firma (leggibile) dell'Assicurando _____
(se diverso dal Contraente)

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____ Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando _____ Firma (leggibile) dell'Assicurando _____

CLAUSOLE SOGGETTE AD APPROVAZIONE ESPRESSA

Il Contraente dichiara inoltre di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile :

Art. 1 Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione ; Art. 2 Proroga dell'assicurazione; Art. 3 Assicurazione presso diversi assicuratori; Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Art. 6 Persone non assicurabili; Art. 10 Foro competente; Art. 12 Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3; Art. 13 Termini di aspettative/Carenze; Art. 17 Prestazioni ospedaliere (Ricoveri); Art. 18 Prestazioni extraospedaliere; Art. 19.2 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 20 Controversie – Arbitrato irrituale.

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 IVASS N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010.

Firma (leggibile) del Contraente _____

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 _____

GARANZIE, CONDIZIONI, MASSIMALI E LIMITE DI INTERVENTO			
	Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (Art. 17)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
A. Ricovero con/senza intervento			
Day Hospital con/senza intervento			
Intervento Chirurgico Ambulatoriale			
Massimale	€ 260.000	€ 300.000	€ 500.000
assistenza diretta in network convenzionato	franchigia € 1.500	100%	100%
assistenza indiretta	scoperto 35%, min. € 2.000	scoperto 20%	scoperto 20%
Spese PRE/POST	60/60	90/90	120/120
Submassimali			
Aborto terapeutico/Parto Cesareo	€ 4.000	€ 5.000	€ 6.000
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 3.000	€ 5.000
Chirurgia refrattiva			€ 1.500 per occhio
Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)	da elenco	da elenco	no sottolimiti
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 150 al giorno	€ 200 al giorno	no sottolimiti
Donatore	SI	SI	SI
B. Indennità Sostitutiva			
Massimale	€ 50 giorno - max. 200 giorni	€ 100 giorno - max. 300 giorni	€ 200 giorno - max. 300 giorni
Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital
Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva	60/60	90/90	120/120
C. Accompagnatore	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 100 giorno - max. 30 giorni per ricovero
D. Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 1.500	€ 3.000
E. Rimpatrio della salma	€ 1.000	€ 2.000	€ 4.000
F. Neonato			
Ricovero con/senza intervento		primi 4 mesi di vita	primi 6 mesi di vita
Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni congenite	€ 20.000 per evento	€ 30.000 per evento	€ 50.000 per evento
G. Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (Art. 18)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
H. Alta Diagnostica			
Massimale		€ 5.000	€ 7.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali			
Massimale		€ 1.500	€ 3.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi			
- Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malattia		1 ciclo (10 sedute)	1 ciclo (10 sedute)
- Medicinali (esclusi omeopatici)		submassimale: € 200 (franchigia € 20)	submassimale: € 400 (franchigia € 20)
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600
J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio			
Massimale	€ 500	€ 500	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
K. Cure odontoiatriche da infortunio			
Massimale	€ 1.000	€ 1.000	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
L. Lenti/occhiali			
Massimale			€ 300
Condizioni			franchigia € 75
M. Ticket sulle prestazioni coperte			
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta

FAC-Simile
Pagina lasciata intenzionalmente bianca

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
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



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.