



PROPOSTA  
New Pramerica per la Vita

Pramerica Life S.p.A.

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



**Pramerica**

PROPOSTA N. \_\_\_\_\_

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLA TARIFFA:

New Pramerica per la Vita (Mod. NPV - 05/17)

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

**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:**

- 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 € (\*) \_\_\_\_\_ (esclusi diritti e imposte)
- Sovrappremio  professionale  sportivo  sanitario € \_\_\_\_\_
  - Infortunio  INF 1  INF 2 € \_\_\_\_\_
  - Invalidità totale e permanente (INVEP) € \_\_\_\_\_
  - Hospitalization rider – diaria ospedaliera  €100  €150  €200 € \_\_\_\_\_
  - 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) \_\_\_\_\_
  - Automatic Premium Loan – Opzione di prestito automatico per il pagamento del premio (APL)  SI  NO € \_\_\_\_\_ (gratuita) \_\_\_\_\_

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

**MODALITA' 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**

- 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) / 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 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 - ai sensi del d. lgs 196/03 in ottemperanza del quale presto il mio consenso - 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":  
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 Recesso – Riscatto – Riduzione – Riscatto della polizza ridotta – Opzione di Prestito automatico per il pagamento del premio (APL) – Riattivazione – Prestiti – Cessione, Pegno, Vincolo – Pagamento delle prestazioni – Opzione borsa di studio – Opzione M.I.A. "Make it able" - Foro competente.

Inoltre dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli:

- con riguardo alle Condizioni Fumatori e Non -Fumatori:  
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 appartenenza dell'Assicurato.
- Condizioni Privilegiate: Dichiarazione dello stato di Non-Fumatore Plus dell'Assicurato – Definizione delle classi privilegiate – Modifica della classe di appartenenza dell'Assicurato;
- con riguardo alle Condizioni dell'Assicurazione Complementare Hospitalization Rider "Diaria Ospedaliera":  
Durata dell'Assicurazione Complementare – Esclusioni – Comunicazione del ricovero e obblighi relativi – Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare;
- 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) (laddove applicate):  
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, 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**

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		Capitale		Capitale		Capitale		Capitale Oltre i 1000
		Oltre 100	fino a 150	Oltre 150	fino a 200	Oltre 200	fino a 300	Oltre 300	fino a 600	
18 - 40	Q.A.	Q.A.	Q.A.	Q.A.	Q.A.	VM1	VM2	VM3	VM3	VM3
41 - 55	Q.A.	Q.A.	Q.A.	Q.A.	VM1	VM2	VM3	VM4	VM4	VM4
56 - 60	Q.A.	VM1	VM2	VM3	VM4	VM4	VM4	VM4	VM4	VM4
> 60	VM1	VM1	VM2	VM4	VM4	VM4	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.

Costo medio dei pacchetti di analisi sanitarie	VM1	VM2	VM3	VM4
Euro	100	170	210	340

Il tipo di pacchetto sanitario è indicato sulla prenotazione per il Centro Medico.

**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  
UBI >< Banca S.p.A.  
Cod. IBAN IT72J031110166500000028686
- Carta di credito
- Bancomat

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 diritti di emissione pari a € 20,00, 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 diritti di emissione pari a € 20,00, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella tabella soprastante, se sostenute da Pramerica.

**Moduli da allegare alla presente proposta:**

- Allegato antiriciclaggio
- Allegato Privacy