



PROPOSTA
Pramerica Term Plus

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:

Pramerica Term Plus (Mod. PTP - 01/18)

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
- A quali sport si dedica ? In forma agonistica?
o _____ SI NO
o _____ SI NO
- Ha intenzione di partecipare a competizioni sportive ?
Se SI, quali _____ SI NO
- 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

(da compilare solo in caso di LTC):

- Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre proposte Long Term Care con Pramerica o altre Compagnie di assicurazione? SI NO
In caso affermativo si prega di specificare la rendita _____
- Ha mai ricevuto un rifiuto o di ferimento ad una richiesta di assicurazione (malattie gravi, vita, invalidità) oppure un'accettazione a condizioni speciali (per esempio con sovrappremio o esclusioni)? SI NO

- Decorrenza _____ • Durata _____ anni
- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale
- Capitale iniziale (differito) € _____
- Capitale assicurato caso Morte € _____
- Capitale assicurato "CRILL" € _____
- Rendita mensile posticipata assicurata "LTC" € _____
- 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:

- 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 € (*) _____
- Sovrappremio caso Morte professionale sportivo sanitario € (**) _____
 - Sovrappremio "CRILL" professionale sportivo sanitario € (**) _____
 - Sovrappremio "LTC" professionale sportivo sanitario € (**) _____
 - Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP) SI NO € _____
 - Invalidità Totale e Permanente (INVEP) SI NO € _____
 - Living Needs Benefit – beneficio in vita (LNB) SI NO € _____ (gratuita) _____
 - LTC "non autosufficienza" SI NO € _____
 - CRILL "malattie gravi" SI NO € _____
 - Interessi di frazionamento mens. (3,5%) trim. (2,5%) sem. (2%) € _____

Rata iniziale del _____	Premio Netto € _____	Diritti di emissione € _____	Premio Lordo € _____
Rate successive dal _____	Premio Netto € _____	Diritti di incasso € _____	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 sia un sovrappremio sportivo, gli importi non verranno sommati tra loro, ma si terrà conto solo del maggiore dei due.

MODALITÀ 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

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 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 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 riguardano, 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 diverso 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 sezione B 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 - Pagamento del premio - Sospensione e mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto - Revoca della proposta - Diritto di Recesso - Riduzione - Riscatto - Riattivazione - Cessione, Pegno, Vincolo - Pagamento delle prestazioni - Foro competente.
- Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive:
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva CRILL "malattie gravi": Entrata in vigore - Definizioni di "malattia grave" - Visite Mediche - Premio della Garanzia Aggiuntiva CRILL
 - Modifiche delle condizioni tariffarie - Sospensione ed estinzione - Riattivazione - Carenza - Esclusioni - Denuncia di sinistro e obblighi relativi - Controversie e Collegio Arbitrale - Obblighi antecedenti al riconoscimento del sinistro "malattie gravi" - Pagamento del capitale - Richiamo alle condizioni di polizza.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva LTC "non autosufficienza": Entrata in vigore - Definizione dello stato di "non autosufficienza" - Visite Mediche - Premio della Garanzia Aggiuntiva LTC - Modifica delle condizioni tariffarie - Sospensione ed estinzione - Carenza - Esclusioni - Denuncia di sinistro e obblighi relativi - Obblighi antecedenti al riconoscimento del sinistro "perdita di autosufficienza" - Pagamento della prestazione - Rivedibilità dello stato di "non autosufficienza" - Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato - Controversie e Collegio Medico Arbitrale - Opzione "LTC" a scadenza - Richiamo delle Condizioni di polizza.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva Living Needs Benefit "INB "Beneficio in vita": Prestazione e definizione assicurata - INB "Beneficio in vita": Prestazione e definizione assicurata - Entrata in vigore - Durata della Garanzia Aggiuntiva - Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi - Riconoscimento dello stato di malattia terminale e pagamento del capitale - Esclusione dei rischi - Richiamo alle condizioni di polizza.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva INVEP "Invalidità Totale e Permanente": Entrata in vigore - Definizione di Invalidità Totale e Permanente - Durata della Garanzia Aggiuntiva - Premio - Sospensione ed estinzione - Esclusioni - Denuncia di invalidità e obblighi relativi - Obblighi successivi al riconoscimento dell'Invalidità - Controversie e Collegio Arbitrale - Obblighi antecedenti al riconoscimento dello stato di invalidità - Cessazione dell'Invalidità - Sospensione ed estinzione della Garanzia Aggiuntiva - Garanzie Aggiuntive - Richiamo delle Condizioni di polizza.
 - Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva IFGP "Invalidità Funzionale Grave e Permanente": Entrata in vigore - Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Visite Mediche - Premio - Modifica delle condizioni tariffarie - Sospensione ed estinzione - Sospensione ed Estinzione - Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva IFGP - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Riconoscimento e pagamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Richiamo delle Condizioni di polizza.

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 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 e data _____

PACCHETTI DI ANALISI SANITARIE

Nelle tabelle sottostanti, sono indicati il questionario anamnestico e i pacchetti sanitari previsti per l'emissione del contratto in relazione all'età assicurativa e alle prestazioni assicurate. I valori delle prestazioni caso morte e crill sono espressi in migliaia di Euro.

TEMPORANEA CASO MORTE

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

CRITICAL ILLNESS (CRILL - MALATTIE GRAVI)

Età	Capitale fino a 100	Capitale Oltre 100 fino a 200	Capitale Oltre 200 fino a 250	Capitale Oltre 250 fino a 400
18 - 55	Q. A.	VM1	VM3	VM4
56 - 65	VM1	VM3	VM4	VM4

LONG TERM CARE (LTC - NON AUTOSUFFICIENZA)

Età	Rendita Mensile fino a 2.500 euro	Rendita Mensile > di 2.500 euro
< = 60	Q. A.	VM LTC
> 60	VM LTC	VM LTC

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.

VMLTC: visita medica, minimal Test

Costo medio dei pacchetti di analisi sanitarie	VM1	VM2	VM3	VM4	VMLTC
Euro	120	190	220	340	100

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 e degli eventuali versamenti integrativi, 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: IT72J0311101665000000028686
- Bancomat
- Carta di credito

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 costi indicati al punto 5.1.1 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.

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 costi indicati al punto 5.1.1 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.

Pramerica tratterrà per l'operazione di recesso 50,00 euro, come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (Art. 177, Terzo Comma, CAP)