



Fac-Simile

PROPOSTA  
Vitanuova Futuro

Pramerica Life S.p.A.

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



**Pramerica**

**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) \_\_\_\_\_

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

**BENEFICIARI** (caso morte)

- Coniuge dell'Assicurato  Altro Beneficiario  
 Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_

**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 € \_\_\_\_\_

• Interessi di frazionamento:

- Mensile ( 1,75%)  Trimestrale ( 1,25%)  Semestrale ( 1%)

Rata iniziale del _____	Premio Netto € _____	Dritti di emissione € _____	Premio Lordo € _____
Rate successive dal _____	Premio Netto € _____	Dritti di incasso € _____	Premio Lordo € _____

La presente proposta ha valore solo dietro versamento della rata iniziale su esposta.

**PAGANTE** (da compilare se diverso dal Contraente)

- Legale rappresentante  Cointestatario  Delegato  Incaricato/dipendente  Altro

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) \_\_\_\_\_

**Estremi del documento di identificazione:**

Tipo Documento  Carta d'identità  Passaporto  Patente  Altro Ente/Località di rilascio \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_ Data Scadenza \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI VERSAMENTO 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 MAV". 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.

**RECESSO/REVOCA CON RIEMMISSIONE - TRASFORMAZIONE:**

- In caso di Recesso/revoca con riemissione verrà utilizzato, per la rata iniziale, l'importo versato per la proposta n. \_\_\_\_\_  
 Trasformazione polizza 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 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;

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 "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 – Riscatto – Riduzione – Riscatto della polizza ridotta – Riattivazione – Prestiti – Cessione, Pegno, Vincolo – Pagamento delle prestazioni – Foro competente.

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, LIMITAMENTE 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 fi me 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 \_\_\_\_\_

## 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.  
UBI >< Banca S.p.A.  
Cod. IBAN: IT72J0311101665000000028686
- Bollettino MAV annuale

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 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

## 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.  
UBI >< Banca S.p.A.  
Cod. IBAN: IT72J0311101665000000028686

(\*) 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, allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici. 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 come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (Art. 177, Terzo comma, CAP).

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.