



PROPOSTA
New Pramerica Valore Certo

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 Valore Certo (Mod. NPVC - 01/19)

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 _____ Email _____

DOMICILIO (da compilare se diverso da residenza)

_____ 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) _____

BENEFICIARI *in caso di ulteriori Beneficiari utilizzare l'Appendice Beneficiari

Relativamente alla prestazione caso vita, il Contraente desidera che venga inviata al Beneficiario Caso Vita la comunicazione relativa al termine di scadenza e alla documentazione da trasmettere per la liquidazione della prestazione? SI NO

Designazione Beneficiario caso morte in forma nominativa*

1) Cognome Nome _____ % _____
 C. F. _____ Sesso M F
 Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____
 Recapiti: _____ n. _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____
 Email _____ Telefono _____

2) Cognome Nome _____ % _____
 C. F. _____ Sesso M F
 Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____
 Recapiti: _____ n. _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____
 Email _____ Telefono _____

In caso di mancata indicazione dei dati anagrafici dei/ Beneficiari/o, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei/ Beneficiari/o. La modifica o revoca del Beneficiario deve sempre essere comunicata alla Compagnia.

Designazione Beneficiario caso morte generica

Tipologia _____

Legame Contraente/Beneficiari Familiare Professionale Altro (Specificare) _____

REFERENTE TERZO *(diverso dal Beneficiario, a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)

Cognome Nome _____
 Numero di telefono _____ Email _____
 Recapiti: _____ n. _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Mod. NPVC - 01/19

AVVERTENZA

Tutte le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando o dal Contraente, per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

TARIFFA "New Pramerica Valore Certo"

- Decorrenza _____ • Durata _____ anni
- Frazionamento del premio: mensile (SEPA) trimestrale (SEPA) semestrale (SEPA) annuale
- Capitale iniziale € _____
- Proposta in convenzione _____

DETTAGLIO DEL PREMIO

- Premio annuo netto totale: € _____ (escluse imposte)
- Interessi di frazionamento
 - Mensile (1,75%) Trimestrale(1,25%) Semestrale (1%) € _____

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO E DEI PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO

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: IT72J031110166500000028686
- Carta di credito e/o Bancomat
- Bollettino MAV

(*) Nell'apposito riquadro destinato alla causale/descrizione del Bonifico indicare sempre il numero di proposta e il nome e cognome del Contraente

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.

Nota Bene: si fa inoltre presente che, ai sensi dell'articolo 54, del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, a tutti i distributori assicurativi è fatto espresso divieto di ricevere denaro col fatto a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione sulla vita.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEGLI EVENTUALI VERSAMENTI INTEGRATIVI

Il pagamento 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: IT72J031110166500000028686
- Carta di credito e/o Bancomat

(*) Nell'apposito riquadro destinato alla causale/descrizione del Bonifico indicare sempre il numero di proposta e il nome e cognome del Contraente

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 di 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;

Il Contraente si impegna inoltre a fornire l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali (disponibile anche sul sito della Compagnia nella sezione "Privacy e Informative") ai Beneficiari eventualmente designati in forma nominativa e al Referente Terzo qualora indicato in proposta.

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:

- i seguenti articoli contenuti nelle "Condizioni di assicurazione":

Entrata in vigore dell'Assicurazione – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato – Prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale - 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 IL DIP AGGIUNTIVO IBIP, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO E IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE I QUALI COMPONGONO IL SET INFORMATIVO REDATTO SECONDO LE PRESCRIZIONI DEL REGOLAMENTO IVASS N. 41 DEL 2 AGOSTO 2018.

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 forniti, 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 _____

ESERCIZIO DEL POTERE DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176, 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.

Ai sensi dell'art. 177, 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 il premio pagato al Contraente stesso.

Per l'operazione di recesso Pramerica tratterà un costo fisso pari a € 50,00, come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (art. 177, terzo comma, CAP).

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 E 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

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.