



PROPOSTA
Pramerica Extrasalute

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. _____ Set Informativo (Mod.) _____
 PROPOSTA N. _____ Set Informativo (Mod.) _____

DETTAGLIO DEL PREMIO

Premio annuo lordo € _____

- Frazionamento del premio: Mensile (SEPA) Trimestrale (SEPA) Semestrale (SEPA) Annuale (SEPA)
- 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 esposta, per la quale, l'Intermediario deve rilasciare regolare quietanza firmata, contestualmente alla riscossione della rata stessa.

Il premio assicurativo per gli anni successivi al primo può variare in relazione all'età dell'Assicurato.

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.
 UBI >< Banca S.p.A.
 Cod. IBAN IT90E031110166500000018011

Per i premi successivi:

- Addebito diretto SEPA sul c/c Bancario/Postale

Nota Bene: si fa inoltre presente che è fatto espresso divieto a tutti i distributori assicurativi di ricevere denaro contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione danni in senso e nei limiti di quanto previsto all'articolo 54 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018.

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE SULLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Compagnia il set informativo "Pramerica Extrasalute" contenente:

- 1 - Il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni e le Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario;
- 2 - copia del documento ex art. 56 comma 1 del Regolamento IVASS 40/2018 riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti (Allegato 3);
- 3 - copia della dichiarazione ex art. 56 comma 3 lett. a) del Regolamento IVASS 40/2018 contenente i dati essenziali sull'Intermediario e sull'attività svolta (Allegato 4).

Luogo e data _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

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 qui proposto, ne formano la base e ne costituiscono parte integrante;
- 3) 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;
- 4) di obbligarmi a produrre a Pramerica la documentazione sanitaria necessaria ai fini del contratto di Assicurazione qui proposto;
- 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 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 _____

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'artt. 1341 e 1342 del Codice Civile :

- con riguardo alle Condizioni di Assicurazione: Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione; Tacito rinnovo; Assicurazione presso diversi assicuratori; Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Persone non assicurabili; Foro competente; Rischi esclusi dall'assicurazione; Termini di aspettativa/Carenze; Prestazioni ospedaliere; Prestazioni extraospedaliere; Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro; Controversie – Arbitrato irrituale.

- con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva ASS - Assistenza: Oggetto dell'Assicurazione; Prestazioni di Assistenza.

Firma (leggibile) del Contraente _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, ESAMINATO CON ATTENZIONE, OTTENUTO TUTTI I CHIARIMENTI RICHIESTI, PERFETTAMENTE COMPRESO ED ACCETTATO IL DIP DANNI, IL DIP AGGIUNTIVO DANNI, 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 _____

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 _____

TABELLA ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Extra 1 - Extra 2

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	EXTRA 1 massimale per persona per anno	EXTRA 2 massimale per persona per anno
A. Ricovero/Day Hospital per Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) Massimale Condizioni: Diretta Indiretta (comprese endoprotesi e spese sostenute a fronte di espianto da donatore) Limite rette di degenza (solo in forma indiretta) PRE/POST Limite Indennità sostitutiva PRE/POST (sostitutiva)	€ 25.000 100% 20% min. € 2.000 € 300 90/90 gg € 1.000 PRE / € 1.000 POST € 100, max. 60 gg. di ricovero all'anno 90/90 con limite di € 1.000 PRE e € 1.000 POST	€ 50.000 100% 20% min. € 2.000 € 300 120/120 gg € 1.000 PRE / € 1.000 POST € 100, max. 60 gg. di ricovero all'anno 120/120 con limite di € 1.000 PRE e € 1.000 POST
B. Accompagnatore	€ 60 max. 30 gg. (no scoperti/franchigie)	€ 60 max. 30 gg. (no scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio Salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	EXTRA 1 massimale per persona per anno	EXTRA 2 massimale per persona per anno
E. Alta Diagnostica (da elenco) Massimale Condizioni: Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 2.000 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%	€ 2.500 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%
F. Visite specialistiche Condizioni: Diretta/Indiretta	Massimo 2 visite private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita	Massimo 2 visite private o ticket Rimborso massimo di € 120 per visita
G. Accertamenti diagnostici Massimale Condizioni: Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 250 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%	€ 500 scoperto 20% min. € 25 scoperto 20% min. € 50 rimborso 100%
H. Ticket SSN per Esami di Laboratorio Massimale Condizioni: Ticket SSN	€ 50 rimborso 100%	€ 100 rimborso 100%
I. Assistenza Infermieristica Domiciliare Condizioni:	€ 40 al giorno - max. € 600	€ 40 al giorno - max. € 600
J. Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi da infortunio Massimale Condizioni:	€ 500 rimborso 100%	€ 750 rimborso 100%

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 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.