



PROPOSTA  
Pramerica New Protezione & Salute

**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 chesi 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 ai sensi e nei limiti di quanto previsto all'articolo 54 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018.

## 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 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.

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 \_\_\_\_\_

## 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 :

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione; Proroga dell'assicurazione; Assicurazione presso diversi assicuratori; Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Persone non assicurabili; Foro competente; Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3; Termini di aspettativa/Carenze; Prestazioni ospedaliere (Ricoveri); Prestazioni extraospedaliere; Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro; Controversie – Arbitrato irrituale.

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 \_\_\_\_\_

<b>GARANZIE, CONDIZIONI, MASSIMALI E LIMITE DI INTERVENTO</b>			
	<b>Opzione 1</b>	<b>Opzione 2</b>	<b>Opzione 3</b>
<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	<b>Massimali per persona per anno</b>	<b>Massimali per persona per anno</b>	<b>Massimali per persona per anno</b>
<b>A. Ricovero con/senza intervento</b>			
Day Hospital con/senza intervento			
Intervento Chirurgico Ambulatoriale			
<b>Massimale</b>	<b>Euro 260.000</b>	<b>Euro 300.000</b>	<b>Euro 500.000</b>
assistenza diretta in network convenzionato	franchigia Euro 1.500	100%	100%
assistenza indiretta	scoperto 35%, min. Euro 2.000	scoperto 20%	scoperto 20%
Spese PRE/POST	60/60	90/90	120/120
Submassimali			
Aborto terapeutico/Parto Cesareo	Euro 4.000	Euro 5.000	Euro 6.000
Parto fisiologic	Euro 2.000	Euro 3.000	Euro 5.000
Chirurgia refrattiva			Euro 1.500 per occhio
Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)	da elenco	da elenco	no sottolimito
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	Euro 150 al giorno	Euro 200 al giorno	no sottolimito
Donatore	SI	SI	SI
<b>B. Indennità Sostitutiva</b>			
Massimale	Euro 50 giorno - max. 200 giorni	Euro 100 giorno - max. 300 giorni	Euro 200 giorno - max. 300 giorni
Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital
Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva	60/60	90/90	120/120
<b>C. Accompagnatore</b>	Euro 50 giorno - max. 30 giorni	Euro 50 giorno - max. 30 giorni	Euro 100 giorno - max. 30 giorni per
<b>D. Trasporto dell'Assicurato</b>	Euro 1.500	Euro 1.500	Euro 3.000
<b>E. Rimpatrio della salma</b>	Euro 1.000	Euro 2.000	Euro 4.000
<b>F. Neonato</b>			
Ricovero con/senza intervento		primi 4 mesi di vita	primi 6 mesi di vita
Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni	Euro 20.000 per evento	Euro 30.000 per evento	Euro 50.000 per evento
<b>G. Ticket sulle prestazioni coperte</b>	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE</b>			
	<b>Massimali per persona per anno</b>	<b>Massimali per persona per anno</b>	<b>Massimali per persona per anno</b>
<b>H. Alta Diagnostica</b>			
Massimale		Euro 5.000	Euro 7.000
Condizioni		scoperto 20%, min. Euro 50	scoperto 20%, min. Euro 50
<b>I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali</b>			
Massimale		Euro 1.500	Euro 3.000
Condizioni		scoperto 20%, min. Euro 50	scoperto 20%, min. Euro 50
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi			
- Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malatti		1 ciclo (10 sedute)	1 ciclo (10 sedute)
- Medicinali (esclusi omeopatici)		submassimale: Euro 200 (franchigia Euro 20)	submassimale: Euro 400 (franchigia Euro 20)
- Assistenza infermieristica domiciliare	Euro 40 giorno, max. Euro 600	Euro 40 giorno, max. Euro 600	Euro 40 giorno, max. Euro 600
<b>J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio</b>			
Massimale	Euro 500	Euro 500	Euro 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>K. Cure odontoiatriche da infortunio</b>			
Massimale	Euro 1.000	Euro 1.000	Euro 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>L. Lenti/occhiali</b>			
Massimale			Euro 300
Condizioni			franchigia Euro 75
<b>M. Ticket sulle prestazioni coperte</b>			
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta

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 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.