

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte con Assicurazioni Complementari per il caso di CRILL “Malattia Grave” e di rendita vitalizia pagabile in caso di LTC “Non autosufficienza” nel compimento degli atti della vita



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Pramerica tre per TE

Data realizzazione documento: 01/01/2020

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza è volta a tutelare l'Assicurato e la propria famiglia dalle difficoltà che possono insorgere in caso di eventi gravi e imprevisti che possono compromettere la stabilità economica



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Le prestazioni assicurate sono le seguenti:

Assicurazione Principale

✓ **Decesso**, qualunque possa essere la causa, salvo i limiti di copertura di cui sotto.

In caso di **Decesso e Invalidità Funzionale Grave e Permanente** verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al capitale assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

Assicurazioni Complementari (valide solo se espressamente richiamate in proposta e polizza)

✓ **Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)**, salvo i limiti di copertura di cui sotto;

✓ **Beneficio in vita (c.d. Living Needs Benefits)**

In caso di **Beneficio in vita**, la Compagnia garantisce il pagamento anticipato, totale o parziale, del capitale caso morte, qualora l'Assicurato abbia una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita di sei mesi o meno, o necessiti del trapianto di un organo vitale in mancanza del quale gli rimarrebbero sei mesi o meno di vita, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

– il Contraente **deve** scegliere, almeno una delle seguenti garanzie:

✓ **Malattie Gravi (c.d. Critical Illnes – CRILL)**, tali si intendono: cancro e infarto

✓ **Non Autosufficienza (c.d. Long Term Care – LTC)**

Il **capitale minimo assicurabile** non potrà essere inferiore a euro 100.000 – in caso di decesso o IFGP – ed euro 50.000 in caso di Malattie Gravi.

Il **capitale massimo assicurabile** non potrà essere superiore a euro 1.000.000 – in caso di decesso o IFGP – ed euro 400.000 in caso di Malattie Gravi.

In caso di Non Autosufficienza la **rendita mensile minima** sarà di euro 500, mentre la **rendita mensile massima** sarà di euro 3.000.

È possibile modificare i termini del contratto mediante l'esercizio delle seguenti **opzioni** contrattuali:

- **Flash Benefit**: in caso di morte dell'Assicurato, è previsto il pagamento anticipato al Beneficiario entro 48 ore dal ricevimento della documentazione richiesta, di un importo pari al 25% della prestazione caso morte, con un massimo di euro 20.000;



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula della polizza:

- ✗ non abbiano ancora compiuto 18 anni;
- ✗ abbiano compiuto 65 anni (garanzia Decesso e Non Autosufficienza) e 55 anni (garanzia Malattie Gravi);
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 70 anni.

Le garanzie **Decesso, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** non opera in caso di:

- ✗ dolo dell'Assicurato.

La garanzia **Non Autosufficienza** non opera quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- ✗ dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- ✗ atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- ✗ malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.



Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di carenza di 5 anni, qualora l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia da essa collegata. Qualora, però, il Contratto di Assicurazione risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi sostenuti da quest'ultima.

! La garanzia **Malattie Gravi** non opera per Invalidità Permanente inferiore al 5%.

! La garanzia **Malattie Gravi** è sottoposta ad un periodo di carenza di 180 giorni.

! La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di carenza di 1 anno in caso di malattia, e di 3 anni in caso di malattie neurologiche, nervose e mentali dovute a cause organiche.

! La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficiente.



Dove vale la copertura?

✓ Il rischio di **Decesso** è coperto senza alcun limite territoriale.



Che obblighi ho?

- A seconda della tua età e della prestazione assicurata, devi compilare e sottoscrivere il questionario anamnestico o devi sottoporri a specifiche visite mediche – unico presupposto per la sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.
- Le tue dichiarazioni devono essere esatte, veritiere e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del Contratto di Assicurazione.
- In qualità di Contraente, sei tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.
- Per modificare l'opzione di cui alla sezione seguente, il Contraente deve darne comunicazione alla Compagnia almeno 90 giorni prima di ogni scadenza triennale.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente paga il premio di sottoscrizione tramite assegno (non trasferibile), Bonifico Bancario/Postale, Bancomat e/o Carta di credito, Bollettino MAV.
- Il Contraente paga i successivi premi annui anticipati, mediante addebito sul proprio conto corrente bancario/postale. Qualora il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale il premio potrà essere corrisposto con la modalità "Bollettino MAV" (in questo caso il premio non può essere frazionato). L'entità del premio si determina annualmente in base all'età dell'Assicurato, all'ammontare delle prestazioni assicurate, allo stato di salute e all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.
- Il Contraente ha la possibilità di scegliere tra due opzioni – opzione modificabile ogni 3 anni:
 - mantenere inalterate le garanzie ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta;
 - mantenere inalterato il premio rideterminando le garanzie prestate.
- È previsto un premio annuo minimo di euro 200. Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali: in questo caso l'ammontare minimo della rata non può essere inferiore a euro 100.
- La durata del periodo di pagamento dei premi coincide con la durata del contratto, che deve essere compresa fra un minimo di 5 anni e un massimo di 20 anni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia dal giorno in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza. Per i contratti che non prevedono accertamenti sanitari ma la compilazione di un questionario anamnestico, le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato pagato il premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta con i relativi allegati siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Nel caso in cui il versamento sia stato effettuato dopo la data indicata in proposta, il Contratto entra in vigore dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
- La durata del Contratto varia da un minimo di 5 anni ad un massimo di 20 anni.
- La durata della garanzia **Beneficio in vita (Living Needs Benefits)** è paria a quella delle garanzie principali diminuita di 12 mesi.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto e risolvere il contratto?

- Hai la facoltà di esercitare il **diritto di revoca** finché il contratto non sia concluso, ovvero sino a quando la Compagnia non rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso mediante lettera raccomandata.
- Hai, altresì, la facoltà di esercitare il **diritto di recesso** entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato il contratto.
- Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo della Compagnia.
- La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca – qualora il Contraente avesse già versato il premio dovuto – o di recesso, rimborserà il premio pagato al Contraente, al netto dei costi, delle eventuali imposte e delle spese sostenute dalla Compagnia per gli accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato.
- Hai la facoltà di **risolvere** il Contratto sospendendo il pagamento dei premi. La sospensione del pagamento dei premi comporta l'interruzione delle coperture e i premi già versati, alla data di risoluzione, non verranno rimborsati da parte della Compagnia.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO