



PROPOSTA  
Whole Life Lab

**Pramerica Life S.p.A.**

Società soggetta a direzione e coordinamento  
di Eurovita Holding S.p.A.



**Pramerica**

Filiale \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

PROPOSTA N. \_\_\_\_\_

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLA TARIFFA:

Whole Life Lab (Mod. WLL - 01/20)

### 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

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/Beneficiario  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. \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- Ha in corso o in attesa di perfezionamento una o più proposte di altri rami con Pramerica? SI  NO
- A quali sport si dedica ? In forma agonistica?
  - o \_\_\_\_\_ SI  NO
  - o \_\_\_\_\_ SI  NO
- Ha intenzione di partecipare a competizioni sportive ? SI  NO   
Se SI, quali \_\_\_\_\_
- Ha intenzione di effettuare viaggi o soggiorni all'estero in zone a rischio? SI  NO   
(non sono considerati a rischio i viaggi nelle aree più frequenti quali Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale – Tibet escluso)  
Se SI, dove \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_ Motivo:  Vacanze  Lavoro  
Tempo di permanenza: \_\_\_\_\_

**TARIFFA "Whole Life Lab"**

- Decorrenza \_\_\_\_\_ • Durata pagamenti premi \_\_\_\_\_ anni • Durata vita intera
- Frazionamento del premio:  mensile (SEPA)  trimestrale (SEPA)  semestrale (SEPA)  annuale
- Capitale iniziale assicurato € \_\_\_\_\_

**DETTAGLIO DEL PREMIO**

- Premio annuo netto totale: € (\*) \_\_\_\_\_ (escluse imposte)
- Sovrappremio  professionale(\*\*)  sportivo(\*\*)  sanitario € \_\_\_\_\_
  - Infortunio  INF 1  INF 2 € \_\_\_\_\_
  - Invalidità Totale e Permanente (INVEP) € \_\_\_\_\_
  - Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP) SI  NO  € \_\_\_\_\_ (gratuita) \_\_\_\_\_
  - Living Need Benefit - beneficio in vita (LNB) SI  NO  € \_\_\_\_\_ (gratuita) \_\_\_\_\_

Rata iniziale del	Premio Netto	Imposte	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.

(\*) L'importo del premio sopradescritto è al netto di eventuali sovrappremi calcolati da Pramerica a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie fatte dall'Assicurando.

(\*\*) Nel caso in cui fosse presente sia un sovrappremio professionale che un sovrappremio sportivo gli importi non verranno sommati tra loro, ma si terrà conto solo del maggiore dei due.

**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 contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione sulla vita.

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

- Conversione totale  Conversione parziale  Trasformazione  Revoca/Recesso con riemissione del contratto

Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_

In caso di conversione, dalla prima annualità di premio, verrà detratto l'importo totale di € \_\_\_\_\_, che verrà dilazionato sulle rate di prima annualità in base al frazionamento del premio scelto.

Si precisa che, per effetto di quanto sopra, la rata iniziale indicata nella tabella precedente è stata già ridotta di € \_\_\_\_\_ e, a partire dalla seconda annualità, le rate di premio saranno pari ad € \_\_\_\_\_.

In caso di revoca/recesso con riemissione del contratto verrà utilizzato, per la rata iniziale, l'importo versato per la proposta 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) 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 sulla Vita 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 sulla Vita qui proposto, rivolgendomi a medici di fiducia di Pramerica ed utilizzando le strutture fornite o indicate dalla stessa;
- 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 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 rinvviare 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 si impegna inoltre a fornire l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali (disponibile anche sul sito della Compagnia nella sezione "Privacy e Informativa") 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":

Art. 5 Persone non assicurabili - Art. 7 Denuncia del sinistro e documentazione da presentare - Art. 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 11 Premio (limiti e mezzi di pagamento) - Art. 16 Risoluzione - Art. 17 Riscatto - Art. 18 Riduzione - Art. 19 Riscatto della polizza ridotta - Art. 20 Mancato pagamento del premio - sospensione, riduzione e risoluzione - Art. 21 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione - Art. 21 Costi - Art. 28 Controversie e 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 fornitimi 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 \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO - STATO DI SALUTE**

Questionario anamnestico       Stato di salute

**AVVERTENZE:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando o dal Contraente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.
- b) prima della sottoscrizione del questionario anamnestico, l'Assicurando, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Pramerica, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il cui costo sarà a suo carico.

**PACCHETTI DI ANALISI SANITARIE**

Nella tabella sottostante, è indicato il questionario anamnestico e i pacchetti sanitari previsti per l'emissione del contratto in relazione all'età assicurativa e al capitale assicurato. I valori dei capitali sono espressi in migliaia di Euro.

Età in anni	Capitale fino a 100	Capitale oltre fino a 100 - 150	Capitale oltre fino a 150 - 200	Capitale oltre fino a 200 - 300	Capitale oltre fino a 300 - 600	Capitale oltre fino a 600 - 1000	Capitale oltre i 1000
18-40	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3
41-55	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3	VM4
56-60	Questionario Anamnestico	VM1	VM2	VM3	VM4	VM4	VM4
> 60	VM1	VM1	VM2	VM4	VM4	VM4	VM4

**DETTAGLIO ESAMI**

**VM1:** visita medica, esame urine, colesterolo totale, emocromo, glicemia.

**VM2:** visita medica, esame urine, emocromo, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, test HIV.

**VM3:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, test HIV.

**VM4:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, elettrocardiogramma al cicloergometro, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale, bilirubina frazionata, test HIV.

Si precisa che il costo dei pacchetti di analisi sanitarie per l'emissione del contratto, in relazione all'età assicurativa, al capitale assicurato totale e al rischio ad esso connesso, sono a carico del Contraente.

Inoltre, si precisa che la "visita medica" comporta la compilazione, a cura di un medico, del "Mod. 03 - Rapporto di Visita Medica" predisposto da Pramerica.

**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](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

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086.  
Appartenente al Gruppo Eurovita regolarmente iscritto al n. 053 dell'Albo Gruppi Assicurativi tenuto dall'IVASS.  
Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A..



**Pramerica**