Pramerica

Assicurazione caso di morte a vita intera con capitale rivalutabile e premio annuo costante limitato

New Pramerica per Sempre

Il presente Set Informativo, contenente:

- Documento contenente le informazioni chiave (KID)
- DIP Aggiuntivo IBIP
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della gestione interna separata
- Modulo Proposta di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il KID e il DIP Aggiuntivo IBIP.

Edizione 01/19

Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta
da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Pramerica

ALLEGATO DI PRECISAZIONE AL SET INFORMATIVO
"New Pramerica per Sempre" - Vers. 01/19

Con il presente allegato si precisa che i dati di seguito riportati sostituiscono quelli riportati all'interno del DIP Aggiuntivo IBIP relativo al prodotto sopra indicato.

In particolare, a far data dal 1° luglio 2019, sono da considerare sostituiti all'interno del DIP Aggiuntivo IBIP:

• a pagina 1 di 8, i seguenti dati:

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta ad € 60,23 milioni al 31/12/2018, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano ad € 47,73 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 294,5 % che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

• a pagina 6 di 8, nella Sezione "Quali costi devo sostenere?", i seguenti dati:

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 16,07 %.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.L. 7 Settembre 2005 n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie o oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono stampati con formato del carattere **grassetto** e sono da intendersi di particolare rilevanza ed evidenza. La stessa modalità di evidenziazione è stata utilizzata in ossequio a quanto previsto da altre disposizioni di legge o regolamentari in materia di assicurazione sulla vita.

Pramerica

SET INFORMATIVO

“New Pramerica per Sempre”

ASSICURAZIONE CASO DI MORTE A VITA INTERA CON CAPITALE RIVALUTABILE
E PREMIO ANNUO COSTANTE LIMITATO

Il presente Set Informativo, contenente:

Documento contenente le informazioni chiave (KID)	pag. 3
DIP Aggiuntivo IBIP	pag. 5
Condizioni di Assicurazione, comprensive del Regolamento della gestione interna separata	pag. 14
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il KID e il DIP Aggiuntivo IBIP.

Mod. NPpS - 01/19

Documento reso disponibile sul sito internet www.pramericagroup.it

DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE

SCOPO

Il presente documento contiene informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

PRODOTTO

NEW PRAMERICA PER SEMPRE

Prodotto ideato da Pramerica Life S.p.A. a socio unico (di seguito "Pramerica") – Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc.* (USA).
Sito web: www.pramericagroup.it. - Per ulteriori informazioni chiamare il numero verde 800.83.30.12.
Pramerica Life S.p.A. è una compagnia assicurativa autorizzata in Italia e regolamentata da IVASS ed è soggetta alla vigilanza di CONSOB per il documento contenente le informazioni chiave.
Data di redazione: 01/01/2019.
**Prudential Financial, Inc. degli Stati Uniti (USA) non ha alcun legame con Prudential Plc, società con sede nel Regno Unito (UK).*

COS'È QUESTO PRODOTTO?

Tipo

NEW PRAMERICA PER SEMPRE è un'assicurazione caso morte a vita intera con capitale rivalutabile semestralmente che prevede il pagamento di un premio annuo costante per un periodo limitato nel tempo.

Obiettivi

Il presente contratto nasce per rispondere alle esigenze legate alla gestione dei rischi in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo attraverso una copertura assicurativa caso morte senza limiti di tempo. Il contratto prevede infatti, in caso di morte dell'Assicurato in qualsiasi epoca avvenga e in caso di invalidità funzionale grave e permanente (qualora richiamata in polizza), il pagamento di un capitale a favore del Beneficiario designato.
La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale separata denominata "Fondo Pramerica Financial" e ha come finalità quella di conservare il capitale rivalutato nel tempo mediante il consolidamento in polizza dei risultati ottenuti semestralmente.
Il risultato della gestione viene semestralmente attribuito al contratto trattenendo una percentuale del rendimento (1,50%). La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento riconosciuto agli Assicurati diminuito del tasso tecnico (0,75%), già considerato nel calcolo del premio.
Il fondo investe principalmente in titoli obbligazionari e governativi denominati in euro con una componente azionaria limitata ad un massimo del 10% del portafoglio totale.

Investitori al dettaglio a cui si intende commercializzare il prodotto

Il target market di riferimento è composto da soggetti con un'età compresa fra 18 e 75 anni, un orizzonte temporale di investimento di lungo periodo, un livello di propensione al rischio basso, un'esperienza in materia di strumenti finanziari bassa o generica, una bassa probabilità di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto al periodo di detenzione raccomandato, che intendono perseguire attraverso il contratto finalità di protezione e che privilegiano investimenti volti soprattutto ad una costante redditività ed a favorire il consolidamento della posizione individuale maturata, attraverso la partecipazione al rendimento di una gestione separata.
Tale gestione risponde alle esigenze di un soggetto che intende lasciare ai Beneficiari un capitale (o una rendita) immediato in caso di premorienza, consentendo la gestione delle conseguenze economiche tramite l'accantonamento di una somma di denaro, utile ad affrontare le esigenze future.

Prestazioni assicurative e costi

NEW PRAMERICA PER SEMPRE prevede il pagamento di una prestazione in caso di morte dell'Assicurato (sotto forma di un capitale erogato in un'unica soluzione o di una rendita) a favore dei Beneficiari. Qualora indicato in polizza, è previsto inoltre il pagamento della prestazione caso morte anche in caso di invalidità funzionale grave e permanente dell'Assicurato.
Il valore delle prestazioni sopra indicate è riportato negli scenari di performance di cui alla sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?".
Coerentemente con l'investitore medio al dettaglio individuato (45 anni e durata del periodo pagamento premi di 15 anni), si precisa che, per un premio complessivo pari a 1.000 Euro l'anno, 64 Euro sono relativi al premio per il rischio biometrico (rischio di mortalità). L'impatto del premio per il rischio biometrico sul rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato è pari allo 0,77% per anno.
Il contratto prevede un numero di versamenti periodici pari alla durata del periodo di pagamento dei premi (e comunque variabile in base a frazionamento eventualmente scelto); si stima che il premio medio per il rischio biometrico sia pari al 6,4% del premio annuo e che l'importo medio investito sia pari a 1.000 Euro l'anno.

Durata

Non è prevista una data di scadenza del prodotto, poiché il contratto si estingue unicamente con il decesso dell'Assicurato o al momento della richiesta di riscatto totale da parte del contraente. Pramerica non può estinguere unilateralmente il contratto.

QUALI SONO I RISCHI E QUAL È IL POTENZIALE RENDIMENTO?

Indicatore di rischio

1	2	3	4	5	6	7

Rischio più basso ←·····→ **Rischio più alto**

L'indicatore di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per 15 anni.
Il rischio effettivo può variare in misura significativa rispetto a quello presentato nell'indicatore sintetico in caso di disinvestimento in una fase iniziale e la somma rimborsata potrebbe essere minore. Potrebbe infatti non essere possibile disinvestire anticipatamente e in ogni caso potrebbe essere necessario sostenere notevoli costi supplementari per farlo.
L'indicatore sintetico di rischio è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti di tipo analogo. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità di pagarvi quanto dovuto.
Abbiamo classificato questo prodotto al livello 3 su 7, che corrisponde alla classe di rischio medio-bassa. Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello 3 (medio-basso) e che è improbabile che le cattive condizioni di mercato influenzino la capacità di Pramerica di pagarvi quanto dovuto.
Avete diritto alla restituzione di almeno il 100% del capitale assicurato determinato in funzione della data del sinistro, al netto dei caricamenti. Qualsiasi importo superiore a quello indicato e qualsiasi rendimento aggiuntivo dipendono dalla performance futura del mercato e sono incerti. Tuttavia, questa protezione dalla performance futura del mercato non si applicherà in caso di disinvestimento prima del periodo di detenzione raccomandato o di mancato puntuale pagamento.
Se Pramerica non fosse in grado di pagarvi quanto dovuto, potreste perdere il vostro intero investimento. In ogni caso si precisa che gli attivi a copertura degli impegni sono utilizzati per soddisfare gli obblighi derivanti dal contratto con priorità rispetto a tutti gli altri creditori.

Scenari di performance

Investimento 1.000 Euro
Premio Assicurativo 64 Euro

		1 ANNO*	8 ANNI	15 ANNI (periodo di detenzione raccomandato)
Scenari di sopravvivenza				
Scenario di stress	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	7.066,18	14.527,49
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-2,77%	-0,40%
Scenario sfavorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	7.477,49	15.312,10
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-1,50%	0,26%
Scenario moderato	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	7.496,50	15.422,33
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-1,45%	0,35%
Scenario favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	7.534,49	15.664,05
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-1,33%	0,54%
Importo investito cumulato		1.000,00	8.000,00	15.000,00
Scenario di morte				
Evento Assicurato	Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	17.149,37	17.669,88	18.190,47
Premio Assicurativo cumulato		64,00	512,00	960,00

**non è possibile disinvestire prima che siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.*

Questa tabella mostra gli importi dei possibili rimborsi nei prossimi 15 anni, in scenari diversi, ipotizzando un investimento di 1.000 Euro l'anno.
Gli scenari presentati mostrano la possibile performance dell'investimento. Possono essere confrontati con gli scenari di altri prodotti.
Gli scenari presentati sono una stima della performance futura sulla base di prove relative alle variazioni passate del valore di questo investimento e non sono un indicatore esatto. Gli importi dei rimborsi varieranno a seconda della performance del mercato e del periodo di tempo per cui è mantenuto il prodotto.
Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme e non tiene conto della situazione in cui non siamo in grado di pagarvi.
Le cifre riportate comprendono tutti i costi del prodotto in quanto tale e comprendono i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto della vostra situazione fiscale personale, che può incidere anch'essa sull'importo del rimborso.

COSA ACCADE SE PRAMERICA NON È IN GRADO DI CORRISPONDERE QUANTO DOVUTO?

In caso di insolvenza di Pramerica, gli attivi a copertura degli impegni detenuti dalla Compagnia saranno utilizzati per soddisfare con priorità rispetto a tutti gli altri creditori i crediti derivanti dal contratto, al netto delle spese necessarie alla procedura di liquidazione.
È comunque possibile che in caso di insolvenza della Compagnia il contraente/beneficiario possa perdere l'intero o una parte del valore dell'investimento.
Non esiste alcuno schema di garanzia pubblico o privato che possa compensare in tutto o in parte eventuali perdite.

QUALI SONO I COSTI?

La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento. I costi totali tengono conto dei costi una tantum, correnti. Gli importi qui riportati corrispondono ai costi cumulativi del prodotto in 3 periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti Euro 1.000. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.

Andamento dei costi nel tempo

La persona che vende questo prodotto o fornisce consulenza riguardo ad esso potrebbe addebitare altri costi, nel qual caso deve fornire informazioni su tali costi e illustrare l'impatto di tutti i costi sull'investimento nel tempo.

Investimento 1.000 Euro

Scenari	In caso di disinvestimento dopo 1 anno*	In caso di disinvestimento dopo 8 anni	In caso di disinvestimento dopo 15 anni (alla fine periodo di detenzione raccomandato)
Costi totali	0,00	2.138,15	4.319,99
Impatto sul rendimento (RIY) per anno	0,00%	5,57%	3,02%

**non è possibile disinvestire prima che siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.*

Composizione dei costi

La seguente tabella presenta:
- l'impatto, per ciascun anno, dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato;
- il significato delle differenti categorie di costi.

QUESTA TABELLA PRESENTA L'IMPATTO SUL RENDIMENTO PER ANNO			
COSTI UNA TANTUM	Costi di ingresso	0,0 %	Impatto dei costi da sostenere al momento della sottoscrizione dell'investimento. Questo è l'importo massimo che si paga; si potrebbe pagare di meno. Questo importo comprende i costi di distribuzione del prodotto.
	Costi di uscita	0,0 %	Impatto dei costi di uscita dall'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato.
COSTI CORRENTI	Costi di transazione del portafoglio	0,0 %	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	3,02 %	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti.

PER QUANTO TEMPO DEVO DETENERLO? POSSO RITIRARE IL CAPITALE PREMATURAMENTE?

Periodo di detenzione raccomandato coerentemente con l'investitore medio al dettaglio individuato (45 anni di età e durata del periodo pagamento premi di 15 anni): 15 anni (minimo richiesto: 3 anni).

Si consiglia in ogni caso di detenere il prodotto sino al termine del periodo di pagamento dei premi. È prevista la possibilità di disinvestire prima della scadenza qualora siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto e siano state regolarmente pagate 3 annualità di premio. In caso di disinvestimento prima del periodo di detenzione raccomandato l'investitore sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati per effetto delle penalità applicate (le penalità di riscatto decrescono in funzione del tempo che manca al termine del periodo di durata pagamento premi scelto in fase di sottoscrizione del contratto). In caso di disinvestimento prima dei 3 anni i premi versati resteranno acquisiti da Pramerica. Si precisa che in ogni caso il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto o recedere dallo stesso entro 30 giorni dalla data di perfezionamento.

COME PRESENTARE RECLAMI?

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la condotta di Pramerica e/o dell'intermediario devono essere inoltrati per iscritto a:
Pramerica Life S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami, Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano.
Sito web: www.pramericagroup.it/gestione-reclami. Indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@pramerica.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia, a:
IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 — 00187 Roma - Fax 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it

ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI

Ulteriori informazioni riguardanti Pramerica, il Fascicolo Informativo, i Prospetti di Composizione ed i Rendiconti Riepilogativi del "Fondo Pramerica Financial", sono disponibili sul sito web www.pramericagroup.it e in ogni caso saranno fornite prima della sottoscrizione del contratto. Si rinvia in particolare alla documentazione relativa al prodotto per maggiori dettagli relativi alle coperture complementari, alle opzioni esercitabili e per quanto riguarda gli eventuali periodi di carenza. Per ulteriori informazioni e chiarimenti potete rivolgervi direttamente al numero verde 800.83.30.12.
Si ricorda che il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto e può recedere entro trenta giorni dalla data in cui lo stesso si è perfezionato.
I prodotti ideati da Pramerica sono soggetti alla legislazione fiscale italiana che può avere impatto sulla vostra posizione fiscale.
Pramerica può essere ritenuta responsabile esclusivamente sulla base delle dichiarazioni contenute nel presente documento che risultano fuorvianti, inesatte o non conformi alle parti pertinenti dei documenti precontrattuali e contrattuali giuridicamente vincolanti.

Ed. 01/19

Contratto di Assicurazione Caso Morte a Vita Intera con Capitale rivalutabile e premio annuo costante limitato

Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: New Pramerica per Sempre

Data realizzazione documento: 01/01/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativo (KID) per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Pramerica Life S.p.A. – Società per Azioni con unico socio – società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: www.pramericagroup.it; Email: info@pramerica.it; PEC: pramerica@legalmail.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.

Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel KID - documento contenente le informazioni chiave – sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Il **Decesso** è coperto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** – operante se richiamata in polizza - comprende:

- coma irreversibile;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- perdita anatomica totale e permanente di uno degli arti superiori a partire dal polso, unita- mente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o di entrambi gli arti inferiori o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Sono previste delle **Garanzie Complementari** – operanti solo se richiamate in polizza:

- ✓ Beneficio in vita (c.d. Living Needs Benefit - LNB): qualora l'Assicurato abbia un'aspettativa di vita inferiore o uguale a sei mesi o abbia necessità di un trapianto di un organo vitale, senza il quale l'aspettativa di vita sarebbe inferiore o uguale a sei mesi, è previsto il pagamento anticipato, di tutto o parte del capitale caso morte, all'Assicurato stesso.
- ✓ Esonero pagamento premi (INVEP): in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato è previsto l'esonero dal pagamento dei premi residui.
- ✓ Capitale in caso di morte per infortunio (INF 1): è previsto il pagamento al Beneficiario designato di un ulteriore importo pari al capitale assicurato iniziale per il caso di morte.
- ✓ Capitale in caso di morte per incidente stradale (INF 2): è previsto il pagamento al Beneficiario designato di un ulteriore importo pari al doppio del capitale assicurato iniziale per il caso di morte.

Il Contraente ha la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio delle seguenti opzioni contrattuali:

- Opzione da capitale in rendita vitalizia: in caso di morte o di Invalidità Funzionale Grave e Permanente o in caso di vita dell'Assicurato, è possibile convertire il capitale assicurato in una rendita pagabile al Beneficiario della prestazione sua vita natural durante.
- Opzione da capitale in rendita certa e poi vitalizia: in caso di morte o di Invalidità Funzionale Grave e Permanente o in caso di vita dell'Assicurato, è possibile convertire il capitale, in una rendita di minor importo pagabile, per un numero prefissato di anni, al Beneficiario della prestazione (o ai suoi eredi se muore durante tale periodo). Se al termine del periodo previsto il Beneficiario è in vita tale rendita verrà erogata sua vita natural durante.
- Opzione da capitale in rendita reversibile: in caso di vita dell'Assicurato, è prevista la conversione del capitale, in una rendita vitalizia reversibile, in misura parziale o totale, pagabile al Contraente fino al decesso e successivamente ad un'altra persona, dal medesimo designato, sua vita natural durante.
- Opzione 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 20.000,00 euro.
- Opzione Borsa di studio: il valore di riscatto totale può essere liquidato in dieci rate semestrali posticipate di pari importo che contengono un tasso d'interesse dello 0,75% annuo; l'importo di ogni rata semestrale è pari ad euro 102,07 ogni 1.000 euro di capitale liquidabile.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Le garanzie **Decesso, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in vita, Invalidità Totale e Permanente e Morte da infortunio** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

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

- ✗ tentato suicidio;
- ✗ infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile del Contraente;
- ✗ cause di guerra.

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

- ✗ stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- ✗ atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- ✗ movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per il rischio volo;
- ✗ esposizione a forme di radioattività artificiale;
- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da infortunio;
- ✗ imprese inusuali o temerarie;
- ✗ pratica dei seguenti sport: alpinismo e scalate oltre il 3° grado, speleologia, salto dal tram- polino con sci o idroscì, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, bob, skeleton, immersione subacquee non in apnea, paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, kickboxing, vela di altura, sport estremi (base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning/ torrentismo, hydrospeed, kitesurf, downhill);

Rischi esclusi	✗ guida o uso di veicoli o natanti a motore in competizioni sportive e relative prove, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura; ✗ incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; ✗ insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa).

Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di carenza di 5 anni, quando l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia ad 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.

Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	**Denuncia:** in caso di sinistro deve essere presentata alla Compagnia denuncia scritta e deve essere prodotta tutta la documentazione indicata all'interno delle Condizioni di Assicurazione. **Prescrizione:** si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie vita" prestate dalla Compagnia si prescrivono in 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detto termine, la Compagnia avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo per le Vittime delle Frodi Finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanza. **Erogazione della prestazione:** verificata la sussistenza del diritto alla liquidazione, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei dati del Beneficiario. Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso. La liquidazione di importo superiore ad euro 10.000.000 sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10.000.000 e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente. Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare da parte della Compagnia: a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave: - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento; - la contestazione della validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave: - la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato; - la facoltà di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il presente contratto prevede il pagamento di premi annui costanti, frazionabili in rate mensili, trimestrali o semestrali. L'importo del premio si determina in base alla durata, all'ammontare del capitale assicurato, alle eventuali Garanzie Complementari. Inoltre, il premio varia secondo l'età, lo stato di salute, le abitudini di vita (professione, sport) dell'Assicurato. È previsto un premio minimo annuo lordo pari ad euro 1.200.
Rimborso	Non sono previsti casi di rimborso del premio.
Sconti	Non sono previsti sconti sul premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato. È prevista una durata minima del pagamento dei premi pari a 10 anni, mentre, la durata massima del pagamento dei premi è di 40 anni. La copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta, i documenti allegati ed il relativo questionario anamnestico siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo la data indicata in proposta, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento. Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario: - l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure - l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale ed il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta. Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine: - alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia; - alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e polizza, qualora sia successivo a quello di emissione del documento di polizza. Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Base (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000, qualora il decesso dell'Assicurato — purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine — sia una conseguenza diretta di infortunio.
Sospensione	Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.

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

Revoca	Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, al netto di eventuali imposte e spese sostenute dalla Compagnia.
Recesso	Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato. Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato al netto di eventuali imposte e spese sostenute dalla Compagnia.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☒ SI ☐ NO

Valori di riscatto e riduzione	- Il Contraente può richiedere, trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto, il **riscatto** del contratto stesso, a condizione che siano state corrisposte tre annualità di premio. Il valore di riscatto è pari alla riserva matematica per premi puri comprensiva del riporto premi, calcolata al momento della richiesta, diminuita di una annualità di premio netto ridotta nella proporzione tra il numero dei premi non corrisposti rispetto ai premi pattuiti. L'importo minimo del riscatto parziale è pari a euro 2.500 a condizione che il capitale residuo non risulti inferiore a euro 5.000. Si precisa che il valore di riscatto può essere inferiore ai premi versati, infatti l'obiettivo che si desidera raggiungere mediante una polizza di assicurazione sulla vita è conseguito rispettando per intero il piano di versamenti concordato con la Compagnia. - In caso di mancato pagamento del premio e sempre che siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, il Contraente può richiedere la **riduzione**: in tal modo, l'assicurazione resta in vigore, il capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati, resta acquisito e continua a rivalutarsi semestralmente. È prevista anche la possibilità di riscatto della polizza ridotta.

Richiesta di informazioni	- Il Contraente può richiedere informazioni circa il valore di riscatto maturato e/o il valore di riduzione, con le seguenti modalità:
	  - tramite richiesta al proprio Intermediario;
	  - tramite richiesta al Servizio Clienti da contattarsi al numero verde 800 833 012 o al seguente indirizzo:
	  Pramerica Life S.p.A.
	  Piazza della Repubblica 14, 2024 Milano
	  Fax 02 72003580 – Email: servizio.clienti@pramerica.it

A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto nasce per rispondere alle esigenze legate alla gestione dei rischi in un'orizzonte temporale di medio-lungo periodo attraverso una copertura assicurativa caso morte senza limiti di tempo ed è perfetto per chi desidera garantire protezione ai propri cari preservandoli economicamente dalle difficoltà che possono sopraggiungere a seguito del decesso o dell'invalidità funzionale grave e permanente dell'Assicurato (soprattutto qualora questo coincida con il principale portatore di reddito del nucleo familiare), attraverso un immediato supporto: questa polizza vita è capace di garantire un capitale accresciuto grazie alla rivalutazione semestralmente generata dall'andamento del Fondo *Pramerica Financial.*

Quali costi devo sostenere?

Per le spese di acquisizione e gestione del contratto, viene trattenuta dalla Compagnia una percentuale del premio pari al 6% del premio annuo.
Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, il costo della visita medica è a carico del Contraente (o dell'Assicurato, se persona diversa) e può variare da un minimo di 80 euro ad un massimo di 460 euro in base al pacchetto sanitario previsto, determinato in base all'età dell'Assicurato e al capitale assicurato (i costi indicati si riferiscono alle tariffe applicate dai Centri Medici Convenzionati delle Compagnia).
La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale è pari al 17,02%.
Per l'operazione di riscatto parziale, richiedibile trascorsi 3 anni dalla data di decorrenza del contratto, viene trattenuto un costo fisso pari ad euro 100.
Per l'operazione di riscatto è prevista, altresì, una penale di diverso valore percentuale in base agli anni mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione, così come di seguito indicata:

Anni mancanti a fine periodo pagamento premi	Penalità di riscatto
12	28,8%
11	19,7%
10	14,3%
9	10,7%
8	8,1%
7	6,2%
6	4,7%
5	3,5%
4	2,5%
3	1,7%
2	1,1%
1	0,5%

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà per l'operazione una somma pari ad euro 50, per le spese sostenute per l'emissione del contratto.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Il contratto prevede la possibilità di riscattare anticipatamente, in questo caso il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.
È previsto un tasso d'interesse minimo garantito pari allo 0,75% annuo, riconosciuto in via anticipata sul capitale assicurato. Inoltre il capitale assicurato si incrementa su base semestrale per effetto dell'attribuzione al contratto di una parte dei redditi derivanti dalla gestione interna separata, denominata "Fondo Pramerica Financial" (tasso di rendimento riconosciuto agli assicurati).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a: **Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano** **Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it**

All'IVASS	Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a: **IVASS** **Servizio Tutela del Consumatore** **Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133206** **PEC: ivass@pec.ivass.it** La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni: • dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico; • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/08/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Diversamente i premi pagati per le assicurazioni complementari abbinate alle assicurazioni sulla vita possono essere soggetti ad imposta nella misura del 2,5%, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore. Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore. In particolare, la detrazione spetta al Contraente a condizione che sia il soggetto che ha pagato il premio e che l'Assicurato - se persona diversa – sia fiscalmente a carico del Contraente stesso. Per le somme corrisposte in caso di vita è necessario fare le seguenti distinzioni: Le somme corrisposte **in forma di capitale**, sono soggette a tassazione limitatamente alla parte corrispondente alla differenza, se positiva, tra l'ammontare percepito ed il premio pagato (al netto della componente indicata da Pramerica per le coperture di rischio morte e dell'eventuale invalidità totale e permanente). Le somme corrisposte **in forma di rendita vitalizia** non sono soggette ad alcuna tassazione in quanto la rendita di opzione viene calcolata sulla base del corrispondente capitale al netto delle imposte, così come indicato al punto precedente. La rendita, è soggetta ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi, limitatamente all'importo derivante dai rendimenti finanziari semestrali (rivalutazione) maturati durante il periodo di erogazione della rendita.

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le somme corrisposte **in forma di "Opzione Borsa di Studio"** non sono soggette, al momento della scelta di opzione, ad alcuna tassazione in quanto la rata semestrale viene calcolata sulla base del capitale al netto delle imposte. Le somme corrisposte **in caso di morte, di Invalidità Funzionale Grave e Permanente e di Beneficio in Vita,** anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF, unicamente con riferimento ai capitali erogati a copertura del rischio demografico.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO 60 GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Disciplina del contratto

Le presenti Condizioni di assicurazione regolano il contratto di assicurazione in caso di morte a vita intera a premio annuo costante limitato. Il contratto è costituito dall'Assicurazione Base e dalle eventuali Assicurazioni Complementari. Il contratto è disciplinato dalle condizioni che seguono e da quanto indicato nella polizza e nelle eventuali appendici.

Art. 2 - Entrata in vigore dell'Assicurazione

Il contratto, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, si considera perfezionato quando il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia la data in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza.

A. Contratti con questionario anamnestico (assenza di accertamenti sanitari)

Per i contratti che a determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), prevedono la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico, la copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e polizza, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta, i documenti allegati ed il relativo questionario anamnestico siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte.

Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo la data indicata in proposta, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

Nel caso in cui la data di decorrenza del contratto coincida con la data di sottoscrizione della proposta (ed in ogni caso in cui la data di decorrenza sia precedente alla data in cui il contratto si perfeziona), la copertura assicurativa, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui la proposta sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato (o alle ore 24 della data di decorrenza prescelta).

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:

i. l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure
ii. l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale ed il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta.

Resta inteso che è facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza; qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.

B. Contratti con accertamenti sanitari

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine:

- alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia; ovvero

- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e polizza, qualora questo sia successivo a quello di emissione del documento di polizza.

Se il versamento del premio è effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

L'emissione del documento di polizza avviene, a condizione che:
- la proposta di assicurazione e i documenti allegati siano compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte;
- la prima rata di premio sia stata pagata dal Contraente e che l'incasso sia andato a buon fine;
- l'Assicurato abbia effettuato tutti gli accertamenti sanitari, se richiesti dalla Compagnia;
- la Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie dell'Assicurando, comunicando al cliente, in caso di esito positivo della fase istruttoria, l'importo del premio dovuto comprensivo di sovrappremi.

• • •

Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Base (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000,00 (seicentomila/00), qualora il decesso dell'Assicurato - purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine - sia una conseguenza diretta di infortunio.
Per infortunio si deve intendere l'evento dovuto a causa fortuita improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte. Nel momento in cui il contratto si perfeziona, qualora si dovesse verificare il decesso dell'assicurato, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale assicurato indicato sul documento di polizza secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso in cui la Compagnia dovesse comunicare per iscritto al Contraente la non accettazione del rischio, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato e nulla sarà dovuto per la morte conseguenza diretta di infortunio.

Ai fini dell'applicabilità del presente articolo, sia in presenza che in assenza di visita medica, sono in ogni caso fatte salve le ipotesi di esclusione dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 6 punto A.
Ugualmente, il presente articolo non troverà applicazione
(i) secondo quanto previsto dal successivo art. 6 punto B nel caso in cui la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata o
(ii) in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese nella proposta.

Art. 3. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, da parte della Compagnia:
a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
- **il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;**
- **la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**

b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
- **la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;**

- **la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso sarà applicato il precedente punto a). Inoltre, l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.

Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Compagnia, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Compagnia stessa, non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.
Il Contraente è altresì tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.

Art. 4 - Assicurazione Base
Il Contraente, se persona fisica, deve avere almeno 18 anni e capacità di agire. In caso di Contraente persona giuridica, il contratto deve essere sottoscritto dal suo Legale Rappresentante che dovrà essere identificato all'atto della stipula del contratto.
L'Assicurato deve essere una persona fisica con un'età assicurativa compresa tra i 18 e gli 75 anni.
Il presente contratto ha una durata che coincide con la vita dell'Assicurato.
Tale contratto prevede una durata limitata del pagamento dei premi, minima di 10 anni, mentre la durata massima del pagamento dei premi è di 40 anni.

L'assicurazione "New Pramerica per Sempre" è un'assicurazione che garantisce al Beneficiario designato in polizza, successivamente all'entrata in vigore dell'assicurazione, dopo il decesso dell'Assicurato, il pagamento del capitale rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6.

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato, il Contraente pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita, il premio annuo per tutta la durata prevista del pagamento dei premi. Il pagamento del capitale assicurato è garantito in qualsiasi epoca avvenga la morte dell'Assicurato, anche dopo il termine del periodo di pagamento dei premi.

Qualora il contratto preveda anche la copertura di Invalidità Funzionale Grave e Permanente, il capitale assicurato verrà liquidato all'Assicurato in caso di sua Invalidità Funzionale Grave e Permanente come specificato nel successivo art. 8 in qualsiasi epoca avvenga anche dopo il termine del pagamento dei premi.

Art. 5 - Beneficiario
Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o contenute in un testamento valido.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:
1) dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;olata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.
2) dopo la morte del Contraente (il Contraente ha tuttavia la possibilità di dichiarare la propria volontà rispetto all'eventuale trasferimento ad un soggetto terzo della titolarità della polizza in caso di propria premorienza. Tale dichiarazione potrà contenere il conferimento al nuovo Contraente della piena facoltà di disporre della polizza, anche per quanto riguarda il riscatto, l'apposizione di pegno o vincolo e la variazione dei Beneficiari precedentemente designati);
3) dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, prestito, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Si precisa che, salvo diverse indicazioni del Contraente all'interno della proposta, in caso di designazione di più Beneficiari, la prestazione assicurata sarà liquidata agli stessi in parti uguali.

Art. 6 - Limitazioni alla prestazione in caso di decesso

A. Esclusioni rischio di morte

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

È esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

In questi casi la Compagnia liquiderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della morte.

B. Altre limitazioni

1. Limitazioni in assenza di visite mediche.

Questo contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari.

È possibile, a determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico da allegare alla proposta allegata al Set Informativo.

Si richiede al Contraente di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.

Decorsi sei mesi dalla entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua eventuale riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso si applica il precedente Art. 3 punto a) e salva la rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.

2. Carenza in assenza del test HIV

In assenza del test HIV è convenuto che, qualora la morte dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non riconoscerà il pagamento del capitale assicurato, ma, qualora il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della morte dell'Assicurato.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della nuova polizza, il periodo di carenza si calcola a partire dalla data di perfezionamento della prima polizza sostituita.

Art. 7 - Prestazione e definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (valida solo se espressamente richiamata in polizza)

Il Contraente può, in proposta, richiedere la prestazione per Invalidità Funzionale Grave e Permanente che garantisce all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato in qualsiasi epoca avvenga l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente l'assicurazione cesserà di produrre effetto.
Per Invalidità Funzionale Grave e Permanente si intende una delle seguenti condizioni:

a) coma irreversibile;
b) perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
c) perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
d) perdita anatomica totale e permanente di uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
e) perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o di entrambi gli arti inferiori o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Per "perdita totale e permanente dell'uso degli arti superiori o inferiori" si intende la perdita completa delle loro funzioni motorie, in seguito a paralisi motoria completa degli arti superiori o inferiori, ovvero, anchilosi totale di ciascuna delle tre principali articolazioni (nell'arto superiore l'articolazione della spalla, quella del gomito e quella della mano; nell'arto inferiore, l'articolazione dell'anca, quella del ginocchio e quella del collo del piede) degli arti superiori o inferiori con l'impossibilità di recupero.

Art. 8 - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente

Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 7, invieranno alla Direzione della Compagnia **una denuncia scritta allegando sia la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato sia la documentazione sanitaria relativa all'evento.**
Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, a richiesta della Compagnia, hanno l'obbligo, sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione, di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente;
- consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

Art. 9 - Riconoscimento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente

Qualora la Compagnia riconosca lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente, il capitale assicurato sarà liquidato all'Assicurato o al suo legale rappresentante entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.
L'assicurazione, una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente,
cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.
Fino a quando l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

Il capitale assicurato non viene liquidato nei casi in cui l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente derivi da dolo dell'Assicurato o nei casi di esclusione previsti nell'art. 6 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 10 - Pagamento del premio

Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita e non sia stato colpito da Invalidità Funzionale Grave e Permanente, quest'ultima se prevista nel contratto, pagherà, per la durata del periodo di pagamento dei premi, il premio annuo anticipato costante convenuto alla stipula del contratto.

Il premio annuo è costante per tutta la durata del periodo di pagamento dei premi.
Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.

Le spese del pagamento del premio gravano su chi lo effettua.

È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Tuttavia il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

La Compagnia si riserva di chiedere al Contraente e/o all'Assicurato ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario ai fini della corretta determinazione e valutazione da parte della Compagnia stessa del rischio assicurativo, dell'ammontare del capitale assicurato e del premio, oltre che per adempiere a specifici adempimenti previsti dalla normativa nel tempo vigente.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere il nuovo premio totale annuo determinato (o la differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta qualora avesse già versato quest'ultimo) il capitale assicurato iniziale sarà ricalcolato e ridotto in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta.

È previsto un premio minimo annuo (lordo) di euro 1.200,00.
Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali, senza costi aggiuntivi.

Il Contraente può richiedere, al proprio Intermediario o al Servizio Clienti, chiarimenti in ordine agli elementi che concorrono a determinare il premio.

Il premio annuo anticipato è costante ed è dovuto dal Contraente per tutta la durata prevista per il pagamento dei premi, ma non oltre la morte o l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

Art. 11 - Sospensione e mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto

Il pagamento del premio - o di una rata, se il premio è frazionato - deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita.
Nel caso in cui, nel corso della durata del contratto, il Contraente non corrisponda un'annualità di premio - o una rata, se il premio è frazionato - entro il termine previsto, il contratto è sospeso dalla Compagnia.
Una volta che il contratto è sospeso, la garanzia assicurativa non è più operativa e il Contraente può:

1. chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 17;
2. se il numero di annualità di premio corrisposte è pari o superiore a tre, mantenere in essere la copertura assicurativa per una prestazione ridotta (riduzione - per maggiori dettagli si rinvia all'art. 15), con la possibilità, qualora previsto dal contratto, di richiedere la liquidazione dell'importo maturato sul contratto (riscatto), calcolato secondo quanto previsto ai successivi artt. 14 e 16. Il contratto si estingue alla data della richiesta di riscatto.

Si precisa che qualora il numero di annualità di premio corrisposte sia inferiore a tre ed il Contraente non richiede la riattivazione, il contratto è risoluto di diritto con la perdita definitiva della copertura assicurativa e dei premi versati

Art. 12 - Revoca della proposta
Ai sensi dell'art. 176 CAP, il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto che avviene nel momento in cui la Compagnia 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 dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Compagnia.

Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato, se sostenute dalla Compagnia.

Art. 13 - Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 177 CAP, il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato.
Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.
La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato, se sostenute da la Compagnia.

La Compagnia tratterrà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

Art. 14 - Riscatto

Trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza della polizza, a condizione che siano state pagate tre annualità di premio, il contratto, su richiesta scritta del Contraente, è riscattabile.
Il valore di riscatto è pari alla riserva matematica per premi puri comprensiva del riporto premi, calcolata al momento della richiesta, diminuita:
- di una annualità di premio netto ridotta nella proporzione tra il numero dei premi non corrisposti rispetto ai premi pattuiti;

Al termine del pagamento dei premi il contratto è riscattabile parzialmente.
L'importo minimo del riscatto parziale è pari a euro 2.500 a condizione che il capitale residuo non risulti inferiore a euro 5.000.
Per ogni liquidazione di riscatto parziale, la Compagnia tratterrà un costo fisso pari a 100 euro.

Art. 15 - Riduzione

In caso di mancato pagamento del premio e sempre che siano state corrisposte almeno 3 annualità di premio, l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, per una prestazione ridotta. Il capitale ridotto è pari al valore di riscatto, a cui si applicano i coefficienti riportati nella seguente tabella, con riferimento all'età raggiunta:

Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
18	0,632147	39	0,735339	60	0,847825
19	0,636741	40	0,740607	61	0,853075
20	0,641352	41	0,745896	62	0,858265
21	0,645993	42	0,751205	63	0,863424
22	0,650667	43	0,756533	64	0,868527
23	0,655372	44	0,761881	65	0,873646
24	0,66011	45	0,767236	66	0,878744
25	0,66488	46	0,772609	67	0,883798
26	0,669685	47	0,777993	68	0,888768
27	0,674528	48	0,783387	69	0,893681
28	0,67941	49	0,788786	70	0,898491
29	0,684328	50	0,794186	71	0,903267
30	0,689285	51	0,799584	72	0,907994
31	0,694273	52	0,804986	73	0,912672
32	0,699299	53	0,810385	74	0,917331
33	0,704355	54	0,815789	75	0,921894
34	0,709435	55	0,821173	76	0,926351
35	0,71455	56	0,826538	77	0,930677
36	0,719699	57	0,831888	78	0,934866
37	0,724879	58	0,837224	79	0,938918
38	0,730095	59	0,842537	80	0,942793

Il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista al punto A della Clausola di Rivalutazione ad ogni ricorrenza semestrale della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successiva alla data di sospensione del pagamento premi.

Art. 16 - Riscatto della polizza ridotta

Il valore di riscatto della polizza ridotta è pari al capitale ridotto, rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale antecedente la data di richiesta del riscatto, moltiplicato per il coefficiente riportato nella tabella dell'art. 15, determinato in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data di richiesta del riscatto.

Art. 17 - Riattivazione

Il Contraente può riattivare il contratto sospeso mediante il pagamento del premio – o di tutte le rate di premio – arretrato aumentato degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti percentuali alla misura annua di rivalutazione determinata, ai sensi della Clausola di Rivalutazione, alla ricorrenza semestrale della polizza alla quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse determinato dal Ministero del Tesoro.
La riattivazione è automatica se la Compagnia riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente entro sei mesi dalla data di scadenza del pagamento.

Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire, entro un ulteriore termine massimo di sei mesi, soltanto previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può, a sua discrezione, richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari (il cui costo è a carico del Contraente) e/o altra documentazione e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

La riattivazione del contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia del pagamento dell'importo dovuto. A partire dalla sua riattivazione, il contratto prevede le normali prestazioni, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione in ordine alla validità delle garanzie assicurative.
La riattivazione del contratto non può essere esercitata limitatamente ad una sola delle garanzie assicurate.
Trascorso il periodo di sospensione senza che il contraente abbia versato quanto dovuto, lo stesso non è più riattivabile. In questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati vengono acquisiti dalla Compagnia, a meno che la polizza non abbia maturato il valore di riduzione (secondo quanto previsto dall'art. 11).

Art. 18 - Prestiti

Il Contraente può, qualora la polizza abbia maturato il valore di riscatto e sia in regola con il pagamento dei premi, richiedere per iscritto alla Compagnia la concessione di un prestito.
Il prestito viene concesso per un importo massimo equivalente al 70% del valore di riscatto lordo della polizza, purché l'importo residuo del capitale assicurato non sia inferiore a 5.000 euro e dietro il pagamento di interessi annui anticipati calcolati annualmente.
La Compagnia concede il prestito senza interessi, qualora l'Assicurato abbia dovuto sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorsa per pagare le spese dell'operazione, senza peraltro superare (tenuto conto dei prestiti eventualmente esistenti) il valore di riscatto.
Modalità e condizioni del prestito saranno dettagliatamente indicate nell'apposita appendice di prestito.

Art. 19 - Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.
Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, **a seguito di comunicazione scritta** del Contraente, abbia emesso la relativa appendice.
In presenza di un pegno o di un vincolo il pagamento di qualsiasi prestazione richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art. 20 - Pagamento delle prestazioni

La Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuarne gli aventi diritto, la consegna preventiva - unitamente alla richiesta scritta di liquidazione - **dei seguenti documenti**:

in caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- relazione medica attestante le cause della morte;
- originale (o copia autenticata) della cartella clinica se esistente;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
  In caso di esistenza di testamento, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e l'atto di notorietà devono riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
- originale (o copia autenticata) del testamento se esistente;
- copia del verbale redatto dalle competenti autorità se la morte è dovuta ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale;
- modulo di identificazione del Beneficiario;
- modulo attestazione di residenza fiscale (CRS).

In caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente ed in caso di Living Needs Benefit, in aggiunta agli altri documenti indicati nelle relative condizioni:
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente.

In caso di riscatto:
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato nel caso in cui Assicurato e Contraente siano persone diverse.

In caso di erogazione di una rendita:
- autocertificazione di esistenza in vita a cura del Beneficiario ad ogni anniversario della data di decorrenza nel periodo di erogazione della rendita;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- modulo di identificazione del Beneficiario;
- modulo attestazione di residenza fiscale (CRS).

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante degli incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.
La documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, a supporto della richiesta di liquidazione, deve essere emessa esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:
Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechtenstein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.
In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, la Compagnia si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.
Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario verrà richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei

dati del Beneficiario. Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso. Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

La liquidazione di importo superiore a 10 milioni di euro richiesta da un unico Contraente/Beneficiario o da più Contraenti/Beneficiari, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10 milioni e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente.

Il diritto alla liquidazione delle prestazioni derivante dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrive in dieci anni da quando si è verificato il fatto che abbia determinato l'insorgenza del conseguente diritto (Cod. Civ. art. 2952 comma II). In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detti termini, la Compagnia, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge
n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di depositi dormienti, avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Art. 21 - Opzione Flash Benefit
In caso di morte dell'Assicurato, il Beneficiario ha la facoltà di esercitare l'opzione "Flash Benefit" inviando alla Direzione della Compagnia il modulo "Flash Benefit", **con i relativi allegati e l'originale del certificato di morte dell'Assicurato.**
La Compagnia anticiperà entro 48 ore (2 giorni lavorativi) dal ricevimento della documentazione prevista il 25% del capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, con un massimo di 20.000 euro al Beneficiario designato, se persona fisica maggiorenne. In caso di più Beneficiari, il precedente importo sarà suddiviso nelle quote spettanti a ciascuno, secondo quanto indicato in polizza.
Nel caso l'Assicurato abbia più polizze, l'importo massimo liquidabile è comunque di 20.000 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).
Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.
La liquidazione della residua parte di capitale avverrà con le modalità e secondo le condizioni previste dalle Condizioni di assicurazione.
Nel caso di esclusioni previste dall'Assicurazione Base e delle eventuali Assicurazioni Complementari, la Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

Art. 22 - Opzioni in caso di morte
Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, al netto dell'eventuale anticipazione del Flash Benefit, potrà essere convertito in una delle seguenti forme:
a) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata pagabile al Beneficiario designato sua vita natural durante;
b) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata, di minor importo rispetto alla rendita di cui al precedente punto a), pagabile in modo certo per un prefissato numero di anni al Beneficiario designato, se in vita o, in mancanza, ai suoi eredi. In caso di vita del Beneficiario, successivamente al prefissato numero di anni, la rendita continuerà ad essere pagata solo al Beneficiario sua vita natural durante.
c) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata di maggior importo rispetto alla rendita annua vitalizia di cui al precedente punto a), pagabile al Beneficiario portatore di handicap sua vita natural durante, calcolata in funzione del livello di inabilità riconosciuto dalla Compagnia.

Le opzioni di cui sopra possono essere esercitate dal Contraente prima della morte dell'Assicurato o in mancanza di tale richiesta dai Beneficiari dopo la morte dell'Assicurato stesso. La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla denuncia della morte dell'Assicurato.
La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni ricorrenza semestrale come stabilito nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

Art. 23 - Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente
Il capitale liquidabile in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

a) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata pagabile all'Assicurato sua vita natural durante;
b) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata di minor importo rispetto alla rendita di cui al precedente punto a) pagabile in modo certo per un prefissato numero di anni all'Assicurato, se in vita o, in mancanza, ai suoi eredi. In caso di vita dell'Assicurato oltre il prefissato numero di anni, la rendita continuerà ad essere pagata solo all'Assicurato sua vita natural durante;

Le opzioni di cui sopra possono essere esercitate dal Contraente prima che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato, o in mancanza di tale richiesta, dall'Assicurato dopo che si sia verificata la sua Invalidità Funzionale Grave e Permanente. La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.
La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni ricorrenza semestrale come stabilito nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

Art. 24 - Opzioni in caso di vita
Su richiesta del Contraente il valore di riscatto totale potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

a) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata pagabile al Contraente sua vita natural durante;
b) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata, di minore importo rispetto alla rendita di cui al precedente punto a), pagabile in modo certo per un prefissato numero di anni al Contraente, se in vita o, in mancanza ai suoi eredi. In caso di vita del Contraente oltre il prefissato numero di anni, la rendita continuerà ad essere pagata al Contraente sua vita natural durante;
c) una rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata, di minore importo, pagabile al Contraente e reversibile, alla morte del Contraente, a favore di un'altra persona designata; la reversibilità può essere totale o parziale.
d) una opzione Borsa di Studio (si rimanda al successivo art. 25).

La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla richiesta di riscatto. La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni ricorrenza semestrale come stabilito nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

Art. 25 - Opzione Borsa di studio
Al termine del periodo di pagamento dei premi, a condizione che tutti i pagamenti siano andati a buon fine, su richiesta del Contraente, il valore di riscatto totale può essere liquidato in dieci rate semestrali posticipate di pari importo che contengono un tasso di interesse dello 0,75% annuo; l'importo di ogni rata semestrale è pari a 102,07 euro ogni 1.000 euro di capitale liquidabile.
In caso di decesso del Contraente, durante il periodo di erogazione, la liquidazione delle rate semestrali mancanti verrà liquidata agli eredi del Contraente stesso.

Art. 26 - Legge applicabile al contratto
Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 27 - Lingua in cui è redatto il contratto
Il contratto ed ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

Art. 28 - Tasse ed imposte
Tasse e imposte relative al contratto se previste, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 29 - Non pignorabilità e non sequestrabilità
Ai sensi dell'art 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili.
Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

Art. 30 - Foro competente
Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, purché sul territorio italiano.

GESTIONE INTERNA SEPARATA DEGLI INVESTIMENTI "FONDO PRAMERICA FINANCIAL"

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica **gestione patrimoniale denominata "Fondo Pramerica Financial", separata dalle altre attività della Compagnia** e disciplinata da apposito regolamento sotto riportato.
Gli attivi presenti nel Fondo sono denominati esclusivamente in euro in quanto la politica degli investimenti della Compagnia consente solo tale tipo di attività.
La gestione del Fondo Pramerica Financial ha come finalità quella di conservare il capitale rivalutato nel tempo mediante il consolidamento in polizza dei risultati ottenuti semestralmente; il semestre corrisponde al periodo di osservazione per la determinazione del rendimento.
Il portafoglio del Fondo Pramerica Financial è principalmente composto da Titoli obbligazionari o Governativi denominati in euro mentre la componente azionaria è limitata ad un massimo del 10% del portafoglio totale.
La gestione del Fondo è effettuata secondo le linee guida del gruppo PFI, in tema di investimenti, volte soprattutto a privilegiare una costante redditività di portafoglio. Non sono previsti investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del gruppo PFI.
Tale obiettivo si ottiene con una diversificazione delle scadenze obbligazionarie e attraverso tipologie di titoli che consentano di ottenere risultati superiori rispetto ai tassi di mercato, diversificando al contempo il fattore di rischio, e attraverso una selezione degli investimenti effettuata con criteri di analisi fondamentale sulla struttura della curva dei rendimenti. Un ulteriore obiettivo è quello di individuare opportunità di investimento sia a medio che a lungo periodo ma pur sempre con un orizzonte temporale adeguato alla struttura delle passività.
Il risultato della gestione è semestralmente certificato dalla Società di Revisione PricewaterhouseCoopers S.p.A.
Per ulteriori dettagli si rinvia al Regolamento della gestione sotto descritto che forma parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

Regolamento:

Art. 1 - Istituzione e denominazione della gestione separata "Fondo Pramerica Financial"
Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti denominati esclusivamente in Euro, separata da quella delle altre attività di Pramerica Life SpA (di seguito anche "Compagnia"), che viene contraddistinta con il nome "Fondo Pramerica Financial".

La gestione separata "Fondo Pramerica Financial" è dedicata ai prodotti rivalutabili con garanzia di rendimento minimo e con partecipazione al rendimento della gestione separata, come definito nella "Clausola di rivalutazione".
La gestione risponde alle esigenze di un soggetto che è avverso al rischio e privilegia investimenti volti soprattutto ad una costante redditività ed a favorire il consolidamento della posizione individuale maturata, con un orizzonte temporale di medio - lungo periodo e un livello di rischio basso.

Art. 2 - Obiettivi e politiche di investimento
Nella amministrazione della gestione separata la Compagnia assicura la parità di trattamento di tutti gli assicurati, evitando disparità che non siano giustificate dalla necessità di salvaguardare, nell'interesse della massa degli assicurati, l'equilibrio e la stabilità della gestione stessa. A tal fine, la Compagnia persegue politiche di gestione e di investimento atte a garantire nel tempo una equa partecipazione degli assicurati ai risultati finanziari della gestione separata.
Non sono previsti investimenti con le controparti di cui all'art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n.25 per assicurare la tutela dei contraenti da possibili conflitti di interesse.
In particolare, gli obiettivi e le politiche di Investimento, stabiliti in accordo con la controllante Prudential International Insurance Holding, Ltd. sono i seguenti:

a) supportare le passività verso gli assicurati attraverso una ammissibile tolleranza dei rischi, garantendo una costante redditività di portafoglio;
b) generare risultati sostenibili sul lungo termine, creando valore per gli assicurati e per la Società sulla base dei principi di Asset Liability Management e di Asset Allocation strategica;
c) soddisfare gli obiettivi di rendimento annuali per le Gestioni Separate degli investimenti definiti dalla Compagnia.

Tutti gli investimenti devono essere denominati in euro e non devono essere in contrasto con le regole e le indicazioni stabilite dall'IVASS in quanto organo di controllo per le compagnie di assicurazione.
Inoltre non sono ammessi investimenti diretti o indiretti nel settore immobiliare, ne è ammesso l'utilizzo di strumenti derivati.
Le tipologie, i limiti quantitativi e qualitativi delle attività di investimento ammesse devono rispettare le seguenti linee guida, mentre per gli investimenti in titoli di Stato italiani e titoli governativi e "Agency" USA il requisito di rating minimo non si applica.

Classe di attivi	FONDO PRAMERICA FINANCIAL		
	Target Investimenti	Limiti di Investimento	
		Minimo	Massimo
Liquidità	0%	0%	2
Titoli governativi area Euro	100%	40%	100%
Titoli governativi non Euro	0%	0%	0%
Obbligazioni societarie	0%	0%	30%
Totale investimento a reddito fisso (minimo rating A)	100%	90%	100%
Investimenti sotto rating A	0%	0%	0%
Totale investimenti sotto rating A	0%	0%	0%
Investimenti immobiliari	0%	0%	0%
Azioni quotate	0%	0%	10%
Azioni non quotate	0%	0%	0%
Totale azioni	0%	0%	10%
Totale investimenti di rischio	0%	0%	10%
Totale investimenti	100%		
Duration Portafoglio	10,5	7,0	12%

Art. 3 - Attività attribuite al Fondo
Nel "Fondo Pramerica Financial" confluiranno le attività in euro relative alle forme di Assicurazione sulla Vita che prevedono l'apposita Clausola di Rivalutazione, per un importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche.
Il presente regolamento potrà essere modificato per adeguarlo alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato.

Art. 4 - Revisione contabile
La gestione del "Fondo Pramerica Financial" è semestralmente sottoposta a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente. In particolare, sono verificati la conformità delle attività attribuite alla gestione alla normativa vigente, il tasso di rendimento semestrale quale descritto al seguente punto 5 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia (riserve matematiche).

Art. 5 - Tasso medio di rendimento
Il rendimento semestrale del "Fondo Pramerica Financial", relativo al periodo di osservazione semestrale, si ottiene rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata di competenza alla giacenza media della Gestione Separata stessa.

Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione

di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro è pari al prezzo di acquisto per una attività di nuova acquisizione ovvero al valore corrente di mercato per un'attività già detenuta dalla Compagnia.
Per le attività già presenti nella gestione alla chiusura del precedente esercizio, è stato fatto riferimento ai medesimi valori che figuravano alla chiusura dello stesso.
Nel calcolo del rendimento medio gravano sulla gestione separata unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, della giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e della giacenza media nel periodo di osservazione di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

Art. 6 - Utili da soggetti terzi
Il rendimento della Gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

Art. 7 - Riserve matematiche
Le riserve matematiche relative a polizze rivalutabili prese a riferimento per la determinazione dell'ammontare minimo delle attività da attribuire alla gestione, sono stimate con i medesimi criteri utilizzati per la formazione del bilancio di esercizio della Compagnia (articolo 30 del Regolamento ISVAP del 28 marzo 2008, n° 21).

Art. 8 - Periodo di osservazione
Ai fini della determinazione del tasso medio di rendimento semestrale, il periodo di osservazione decorre per il primo semestre dal 1° gennaio fino al 30 giugno, mentre per il secondo semestre decorre dal 1° luglio al 31 dicembre, di ogni anno.

Art. 9 - Varie
Il presente regolamento è parte integrante delle condizioni contrattuali di assicurazione.

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

La presente polizza fa parte di una speciale categoria di Assicurazioni sulla Vita alle quali la Compagnia riconosce una rivalutazione semestrale a partire dalla data di decorrenza della polizza una rivalutazione delle prestazioni assicurate in base alle condizioni di seguito indicate.

A. Misura della rivalutazione
La Compagnia dichiara, entro il 1° settembre ed il 1° marzo di ciascun anno, il rendimento semestrale da attribuire agli Assicurati, relativo ai due periodi di certificazione definiti dall'art. 5 del Regolamento del "Fondo Pramerica Financial". Il rendimento semestrale, di cui all'art. 4 del regolamento del Fondo, viene ricondotto ad un tasso annuo equivalente, nel seguito rendimento annualizzato, in quanto il rendimento trattenuto è imputato su base annua.
Il tasso annuo equivalente permette di avere una coincidenza degli interessi maturati annualmente con quelli maturati nei due semestri. Il risultato della gestione viene semestralmente attribuito al contratto - a titolo di partecipazione agli utili sotto forma di rivalutazione delle prestazioni - secondo le seguenti modalità:
La Compagnia trattiene l'1,50% del rendimento.

A titolo di esempio si riporta una tabella in cui si mostra ciò che viene riconosciuto agli Assicurati e trattenuto dalla Compagnia:

Rendimento del Fondo Pramerica Financial	Rendimento trattenuto dalla Compagnia	Rendimento riconosciuto agli Assicurati
4,50%	1,50%	3,00%
4,00%	1,50%	2,50%
20	1,50%	2,00%

Il rendimento riconosciuto agli Assicurati viene poi diminuito del tasso di rendimento annuo minimo garantito, già conteggiato nel calcolo del premio sotto forma di tasso tecnico, per ottenere la misura annua di rivalutazione.
Il tasso di rendimento minimo garantito di cui sopra è pari allo 0,75%.

Una volta ottenuta la misura annua di rivalutazione, da quest'ultima si calcola il tasso semestrale equivalente per determinare l'effettiva rivalutazione da attribuire nel semestre agli Assicurati. La misura di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita (consolidamento semestrale).

B. Rivalutazione del capitale assicurato
Ad ogni ricorrenza semestrale, il capitale rivalutato, fermo restando l'ammontare annuo del premio, sarà determinato sommando al capitale in vigore nel semestre precedente:
- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la misura della rivalutazione, ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata del pagamento dei premi;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore nel semestre precedente e quello inizialmente assicurato.

Nel periodo successivo alla durata del pagamento dei premi, il capitale rivalutato sarà ottenuto sommando, al capitale in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultimo per la misura della rivalutazione.

C. Rivalutazione del capitale ridotto
Ad ogni ricorrenza semestrale il capitale ridotto viene rivalutato mediante aumento, a totale carico della Compagnia, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento viene determinato secondo la misura di rivalutazione fissata, a norma del punto A, entro il 1° settembre ed il 1° marzo che precede la ricorrenza semestrale.
Il capitale rivalutato sarà ottenuto sommando, al capitale in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultimo per la misura della rivalutazione prevista.

CONDIZIONI DELLE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

Le Assicurazioni Complementari sono prestazioni assicurative che integrano l'Assicurazione Base; il Contraente deve farne richiesta alla sottoscrizione della proposta.
Per tutte le Assicurazioni Complementari qui di seguito descritte trovano applicazione i quattro seguenti articoli:

Art. A - Entrata in vigore
Le Assicurazioni Complementari entrano in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Base.

Art. B - Riattivazione
La riattivazione dell'Assicurazione Base comporterà la riattivazione dell'Assicurazione Complementare, che nell'intervallo rimane sospesa nei suoi effetti, salvo diversa richiesta scritta del Contraente. L'Assicurazione Complementare entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. In caso di annullamento della sola Assicurazione Complementare la stessa non sarà comunque più riattivabile.

Art. C - Sospensione ed estinzione
In tutti i casi di sospensione ed estinzione delle Assicurazioni Complementari gli eventuali premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

Art. D - Richiamo alle Condizioni di assicurazione
Per tutto ciò che non è previsto da queste Condizioni valgono, in quanto applicabili, le Condizioni dell'Assicurazione Base e le norme di legge in materia.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE LIVING NEEDS BENEFIT - "BENEFICIO IN VITA"
(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 - Prestazione assicurata
La presente Assicurazione Complementare garantisce la liquidazione anticipata del capitale assicurato caso morte nei seguenti casi:
- se all'Assicurato viene diagnosticata una malattia terminale che, a giudizio del medico nominato dalla Compagnia e del medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno;
- se l'Assicurato necessita del trapianto di uno dei seguenti organi vitali: cuore, polmoni, fegato, midollo osseo, in mancanza del quale rimarrebbero all'Assicurato sei mesi o meno di vita.

La Compagnia, nei suddetti casi, corrisponderà all'Assicurato l'importo che si ottiene:
a) scontando, per un periodo pari a sei mesi, il capitale assicurato pagabile dell'Assicurazione Base a sei mesi dalla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale;
b) detraendo dall'ammontare così ottenuto le rate di premio lordo eventualmente dovute sull'Assicurazione Base nei sei mesi successivi alla data di riconoscimento dello stato di malattia terminale, scontate ciascuna per il periodo di tempo che va dal giorno successivo alla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale alla data di scadenza della rata stessa.

Il tasso di interesse utilizzato ai precedenti punti a) e b) è pari al rendimento lordo del "Fondo Pramerica Financial" ultimo certificato.
Per capitale assicurato dell'Assicurazione Base a sei mesi dalla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale di cui al presente art. 1 punto a) è da intendersi il capitale in vigore alla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale, rivalutato per un ulteriore semestre nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione.

Art. 2 - Durata dell'Assicurazione Complementare
La durata della presente Assicurazione Complementare è la stessa dell'Assicurazione Base.
La presente Assicurazione Complementare si estingue nei casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Base.

Art. 3 - Premio
Per la presente Assicurazione Complementare non è richiesto il pagamento di alcun premio.

Art. 4 - Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi
Verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 1, il Contraente o l'Assicurato possono farne denuncia alla Direzione della Compagnia, tramite il modulo di "Denuncia Sinistro Living Needs Benefit - Beneficio in Vita", allegando la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato e la documentazione sanitaria relativa all'evento.

A richiesta della Compagnia, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare, hanno l'obbligo di:
- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di malattia terminale;
- consentire che la Compagnia accerti, con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di malattia terminale dell'Assicurato.

Art. 5 - Riconoscimento dello stato di malattia terminale
Qualora la Compagnia riconosca lo stato di malattia terminale così come definito al precedente art. 1, il Living Needs

Benefit verrà liquidato all'Assicurato entro un termine massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e di eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

L'Assicurazione Base cesserà di produrre effetti automaticamente una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit.

In caso di decesso dell'Assicurato prima del pagamento del Living Needs Benefit la Compagnia provvederà a liquidare il Capitale caso morte ai beneficiari designati.

Qualora invece la malattia non venga riconosciuta come terminale ai sensi del precedente art. 1 o comunque lo stato di malattia terminale non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi dell'Assicurazione Base per la durata prevista. Accertato lo stato di malattia terminale, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia della malattia stessa.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato facciano richiesta parziale del capitale disponibile, il capitale assicurato dell'Assicurazione Base e delle Assicurazioni Complementari viene ridotto in proporzione. I premi eventualmente dovuti sull' Assicurazione Base e sulle Assicurazioni Complementari successivamente al riconoscimento dello stato di malattia terminale sono calcolati in base al nuovo capitale assicurato dell'Assicurazione Base e all'età e durata iniziali.

Art. 6 - Esclusione dei rischi
Per quanto riguarda i rischi esclusi dal Living Needs Benefit si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Base dall'art. 6 delle Condizioni di assicurazione.

Art. 7 - Assicurazione Complementare di Esonero dal pagamento dei Premi in caso di Invalidità Totale e Permanente (INVEP) abbinata all'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit
Nel caso in cui all'Assicurazione Base sia abbinata, oltre all'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit, anche l'Assicurazione Complementare di Esonero dal Pagamento dei Premi in caso di invalidità totale e permanente (INVEP), se all'Assicurato viene riconosciuto lo stato di invalidità totale e permanente la prestazione liquidabile, ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione Complementare, non subisce la riduzione dell'importo previsto al precedente art. 1 b).

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE (INVEP)
(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 - Prestazione assicurata
La presente Assicurazione Complementare, che può essere applicata soltanto nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano la stessa persona, garantisce l'esonero dal pagamento dei premi della sola Assicurazione Base se il Contraente, durante il periodo di pagamento dei premi, diviene invalido in modo totale e permanente.

Art. 2 - Definizione di Invalidità Totale e Permanente
Si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Compagnia ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

Art. 3 - Durata dell'Assicurazione Complementare
La durata della presente Assicurazione Complementare è pari alla durata del periodo di pagamento dei premi dell'Assicurazione Base.

Qualora il pagamento dei premi dell'Assicurazione Base si protragga oltre il compimento del 65° anno di età del Contraente, la presente Assicurazione Complementare si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 65° anno di età del Contraente.

Art. 4 - Premio
Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base al premio dell'Assicurazione Base. Il

premio è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione Complementare.

Art. 5 - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente Assicurazione Complementare i casi di invalidità conseguenti a:

- tentato suicidio;
- infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile del Contraente;
- cause di guerra;
- tutti i casi di esclusione previsti per l'Assicurazione Base.

Art. 6 - Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

Il Contraente, verificatasi l'invalidità totale e permanente, deve farne denuncia alla Compagnia a mezzo lettera Raccomandata, allegando un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità.

A richiesta della Compagnia, il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutta la documentazione che la Compagnia riterrà opportuna per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
- consentire alla Compagnia tutte le indagini e accertamenti sanitari che essa riterrà necessari.

Art. 7 - Obblighi successivi al riconoscimento dell'invalidità

L'invalidità totale e permanente, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera Raccomandata di cui al precedente art. 6.

In caso di riconosciuta invalidità totale e permanente il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare, ha l'obbligo di:

- fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- consentire che la Compagnia accerti, con medici di sua fiducia e a sue spese, non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità;
- informare la Compagnia in merito ad eventuali cambi di residenza del Contraente.

Art. 8 - Controversia e Collegio Arbitrale

La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera Raccomandata di cui all'art. 6, se intende riconoscere o meno l'invalidità totale e permanente denunciata.

Qualora l'invalidità totale e permanente non venga riconosciuta dalla Compagnia, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la polizza sia regolarmente in vigore, ha la facoltà di chiedere, con lettera Raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane, la constatazione dello stato d'invalidità del Contraente a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito inappellabilmente e senza formalità di procedura. Dei tre medici anzidetti uno è nominato dalla Compagnia, il secondo dal Contraente ed il terzo scelto dai primi due così nominati. In caso di disaccordo la nomina del terzo arbitro verrà demandata al Presidente del Tribunale di Milano. Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo arbitro.

Art. 9 - Obblighi antecedenti il riconoscimento dello stato di invalidità

Finché lo stato di invalidità totale e permanente non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi dell'Assicurazione Base per la durata prevista.

Accertata l'invalidità totale e permanente, o la persistenza di essa, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

Art. 10 - Cessazione dell'invalidità

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente la Compagnia notifica al Contraente, con

lettera Raccomandata, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio Arbitrale previsto dall'art. 8, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi.

Art. 11 - Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare
La presente Assicurazione Complementare è sospesa nel caso di sospensione dell'Assicurazione Base.
La presente Assicurazione Complementare si estingue nei seguenti casi:
- richiesta scritta di annullamento della sola Assicurazione Complementare da parte del Contraente alla Compagnia;
- interruzione del pagamento dei premi dell'Assicurazione Base;
- al verificarsi della morte o dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

Art. 12 - Assicurazioni Complementari
Se la polizza prevede anche altre Assicurazioni Complementari, tali assicurazioni cessano al momento stesso in cui il Contraente viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti condizioni ad eccezione dell'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE PER IL CASO DI MORTE DA INFORTUNIO
(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 - Prestazione assicurata
La presente Assicurazione Complementare garantisce le seguenti prestazioni:
"INF 1" Garanzia di un capitale aggiuntivo pari al capitale iniziale dell'Assicurazione Base in caso di infortunio mortale.
"INF 2" Garanzia di un capitale aggiuntivo pari al capitale iniziale dell'Assicurazione Base in caso d'infortunio mortale o doppio del medesimo se l'infortunio è conseguente ad incidente stradale. Qualora il capitale iniziale dell'Assicurazione Base sia superiore ad euro 200.000, il capitale di riferimento della presente Assicurazione Complementare è pari ad euro 200.000.

Art. 2 - Definizione di infortunio
Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione Complementare, per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili. Per infortunio conseguente ad incidente stradale va inteso quello causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate.
Questa Assicurazione Complementare garantisce il caso di infortunio che causi la morte dell'Assicurato entro i successivi 12 mesi.

Art. 3 - Durata dell'Assicurazione Complementare
La durata della presente Assicurazione Complementare è pari alla durata del periodo di pagamento dei premi dell'Assicurazione Base.
Qualora il pagamento dei premi dell'Assicurazione Base si protragga oltre il 65° anno di età dell'Assicurato, la presente Assicurazione Complementare si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 4 - Premio
Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base al capitale assicurato.
Il premio è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione Complementare.

Art. 5 - Estensione dell'Assicurazione
La presente Assicurazione Complementare è pienamente operante anche nei casi di morte causata da:
- inspirazioni casuali di emanazioni improvvise di gas o vapori;
- assorbimenti, per errore, di sostanze venefiche;
- colpi di sole;
- congelamenti o annegamenti od infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio;
- infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, nonché

quelli sofferti dallo stesso sempre che involontariamente coinvolto in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Art. 6 - Esclusioni e delimitazioni del rischio

La garanzia non è operante quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per il rischio volo;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da infortunio;
- imprese inusuali o temerarie;
- pratica dei seguenti sport: alpinismo e scalate oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, bob, skeleton, immersione subacquee non in apnea, paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, kickboxing, vela di altura, sport estremi (base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning/ torrentismo, hydrospeed, kitesurf, downhill);
- guida o uso di veicoli o natanti a motore in competizioni sportive e relative prove, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura;
- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa);
- tutti i casi di esclusione previsti per l'Assicurazione Base.

Art. 7 - Sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Complementare

La presente Assicurazione Complementare è sospesa nel caso di sospensione dell' Assicurazione Base.

La presente Assicurazione Complementare si estingue nei seguenti casi:

- richiesta scritta di annullamento della sola Assicurazione Complementare da parte del Contraente alla Compagnia;
- interruzione del pagamento dei premi dell'Assicurazione Base;
- al verificarsi dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente o dell'invalidità totale e permanente, ai sensi delle Condizioni dell'Assicurazione Complementare di esonero del pagamento dei premi in caso di invalidità (INVEP).

Art. 8 - Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione che riguardano l'Assicurazione Base, la Compagnia pagherà il capitale garantito dalla presente Assicurazione Complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato nei modi qui sotto precisati.

La comunicazione dell'infortunio dovrà, mediante lettera Raccomandata, essere inviata alla Compagnia - pena la decadenza da ogni diritto - entro i 60 giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la notizia.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte è conseguente ad infortunio.

Inoltre, nel caso in cui la morte sia conseguente ad incidente stradale, dovrà essere prodotta copia del verbale rilasciato dalla polizia stradale o municipale.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Il capitale garantito dalla presente Assicurazione Complementare potrà essere convertito nella forma scelta per la liquidazione del capitale caso morte (vedi art. 23 delle Condizioni di assicurazione).

Glossario

A

Appendice
Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurato
Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto; può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

B

Beneficiario
Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

C

Carenza
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti
Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

Cessione
Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

Compagnia
Pramerica Life S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione

Conclusione del contratto/Perfezionamento del contratto
Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Compagnia.

Condizioni di assicurazione
Insieme delle clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni particolari ed aggiuntive.

Consolidamento
Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (semestralmente), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Contraente
Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Costo percentuale medio annuo
Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente

dalle risorse gestite dalla Compagnia, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

D

Decorrenza del contratto (decorrenza della garanzia, decorrenza della polizza)
Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Durata del contratto
Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi
Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

E

Esclusioni
Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estratto Conto Annuale
Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, checontiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto.

Età assicurativa
Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

F

Fondo Pramerica Financial
Nome della Gestione Separata di Pramerica Life (Vedi "Gestione separata")

G

Garanzie Complementari
Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso di invalidità.

Garanzia Principale
Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario, ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Gestione separata (Gestione interna separata)
Fondo appositamente creato dalla Compagnia di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

I

Impignorabilità e insequestrabilità
Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva
Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Imposta sulle assicurazioni
Imposta applicata ai premi versati dal Cliente relativamente a garanzie non attinenti la vita umana (esempio, la garanzia "Diaria Ospedaliera").

Intermediario
E' l'intermediario assicurativo, di cui al titolo IX (Intermediari di assicurazione e di riassicurazione) del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni Private, del Gruppo Assicurativo Pramerica, convenzionalmente denominato anche Agente, Sub-Agente, Sales Associate e Banche.

IVASS
(Il 1° gennaio 2013 l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e precontrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

M

Minimo trattenuto
Quella parte del tasso di rendimento finanziario che viene trattenuta dalla Compagnia, secondo il meccanismo illustrato nella Clausola di Rivalutazione delle Condizioni di assicurazione.

O

Opzioni (di contratto)
Facoltà del Contraente di scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, la possibilità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita vitalizia oppure, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in soluzione unica.

P

Partecipazione agli utili
Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

Pegno
Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto assicurativo come garanzia reale per un affidamento concesso da terzi (di solito una banca).

Perfezionamento del contratto
Vedi "Conclusione del contratto".

Polizza
Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio
Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia.

Prescrizione
Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestito
Somma che il Contraente può richiedere alla Compagnia nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono definite in una apposita appendice da allegare al contratto.

Proposta
Documento con il quale il Contraente chiede alla Compagnia di stipulare un contratto di assicurazione.

Questionario Sanitario (o anamnestico)
Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Q

Quietanza di Pagamento
Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su apposito modulo della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza) o con Bancomat/Carta di credito costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia (addebito diretto SEPA), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

R

Recesso (o ripensamento)
Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Regolamento della gestione separata
L'insieme delle norme, riportate nelle Condizioni di assicurazione, che regolano la gestione separata.

Retrocessione
La percentuale del rendimento conseguito nel periodo di osservazione, dalla gestione separata degli investimenti che la Compagnia riconosce agli assicurati.

Revoca della proposta
Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione
Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale
L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riduzione
Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto
Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione. Quando viene esercitato in anticipo sulla scadenza del periodo di pagamento dei premi, il riscatto è penalizzante per il Cliente.

Riserva matematica
Per riserva matematica si intende il debito che la compagnia di assicurazione ha maturato nei confronti dei propri assicurati, sulla base degli impegni contrattualmente assunti. Si definisce Riserva Matematica perché fa riferimento a formule matematiche attuariali per la sua quantificazione e perché costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente. La legge impone alle Compagnia particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Risoluzione del contratto
Interruzione dell'efficacia del contratto a fronte di richiesta scritta del Cliente o per mancato pagamento dei premi.

Rivalutazione delle Prestazioni
Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (semestrale) stabilita dalle Condizioni di assicurazione.

S

Sinistro
Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio
Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

T

Tariffa
Insieme di basi demografiche e finanziarie che consentono di determinare il premio che il Contraente deve versare per ottenere la prestazione richiesta.

Tariffa Privilegiata
Tariffa basata sul principio di differenziazione del rischio (e quindi dell'importo del premio da versare) in funzione delle condizioni di salute e all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Tasso di Rendimento Minimo Garantito
Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata. (vedi "Tasso Tecnico").

Trasformazione
Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

V

Vincolo
Con il vincolo di polizza il Contraente designa un terzo beneficiario, che si antepone al primo, nella riscossione (totale o parziale) della prestazione assicurativa, al verificarsi di alcune condizioni.

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA
Ai sensi del D.lgs. n. 231 del 21 Novembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni

Obblighi del cliente
Art. 22, comma 1 del D.lgs. 231/2007
I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

Obbligo di astensione
Art. 42, comma 1 e 2 del D.lgs. 231/2007
1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

Persone Politicamente Esposte
Art. 1, comma 2, lett. dd) del D.lgs. 231/2007
Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:
1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

Documento reso disponibile sul sito internet www.pramericagroup.it

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Titolare Effettivo

Art. 2, co. 1 lettera y) Regolamento 5 del 21 Luglio 2014 - "titolare effettivo":

sub 1) la persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo;

sub 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.lgs. 231/2007

La persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.lgs. 231/2007 - Criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche

1) Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo;

2) Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3) Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza domi nante.

4) Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o piu' titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.

5) Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

a) i fondatori, ove in vita;

b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

Esecutore

Art. 1, comma 2, lett. p) del D.lgs. 231/2007

Il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente o a cui siano comunque conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente".

Sanzioni penali

Art. 55, comma 1 e 3 del D.lgs. 231/2007

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace

chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e della normativa nazionale relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Gentile Cliente,
per rispettare la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, Pramerica Life S.p.a. (di seguito indicata anche come "Compagnia") in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (di seguito "Regolamento UE") e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, le fornisce alcune informazioni circa il trattamento dei suoi dati personali, in qualità di "interessato".
Per trattamento di dati personali si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, come, a titolo esemplificativo, la raccolta, la registrazione, la conservazione, l'estrazione, la consultazione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
Tutti i dati personali vengono trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici nel rispetto delle previsioni di legge per le finalità sotto elencate.
La Compagnia deve acquisire o già detiene alcuni dati che La riguardano, quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, dati anagrafici, dati personali appartenenti a categorie particolari (c.d. "dati sensibili"), dati finanziari e giudiziari.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)
Titolare del trattamento è Pramerica Life S.p.a., con sede in Piazza della Repubblica, 14 – 20124, Milano.
Il soggetto appositamente incaricato dal Titolare al quale può rivolgersi per l'esercizio dei diritti successivamente indicati è il Data Protection Officer pro tempore (o Responsabile della Protezione dei dati) della Compagnia, contattabile all'indirizzo e-mail responsabileprotezionedati@pramerica.it.

A. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI
La Compagnia raccoglie i dati di cui sopra presso di Lei o altri soggetti inclusi, ad esempio, soggetti facenti parte della catena distributiva della Compagnia (quali agenti, subagenti e intermediari bancari), altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia (quali medici e cliniche sanitarie) ed altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc.
La Compagnia effettua il trattamento dei Suoi dati sulla base di alcuni presupposti che ne garantiscono la liceità per le finalità di seguito elencate.

In particolare, al fine dell'esecuzione del contratto, il trattamento dei Suoi dati è effettuato dalla Compagnia per:
a) valutare la formula contrattuale che si dimostri più adeguata in rapporto alle Sue esigenze assicurative e previdenziali e alla Sua propensione al rischio;
b) predisporre una proposta di prodotti e servizi per la copertura delle Sue esigenze assicurative e previdenziali;
c) predisporre e stipulare le polizze assicurative;
d) raccogliere i premi;
e) pagare le prestazioni;
f) stipulare accordi di coassicurazione e riassicurazione con riguardo alla Sua polizza;
g) adempiere agli obblighi previsti dal contratto.

Al fine dell'adempimento di un obbligo legale, il trattamento dei Suoi dati è effettuato dalla Compagnia per:
h) prevenire frodi e svolgere le relative azioni legali;
i) gestire il contenzioso sia in via giudiziale che stragiudiziale;
j) eseguire la gestione e il controllo interno;

k) effettuare attività statistico-tariffarie;
l) svolgere analisi sui mercati assicurativi;
m) ottemperare agli obblighi di legge che sono imposti dalla normativa nazionale e comunitaria, in particolare in materia di antiriciclaggio e in materia fiscale (adeguata verifica della clientela, registrazione, segnalazione).

I Suoi dati potrebbero essere trattati dalla Compagnia, anche al fine della valutazione della formula contrattuale più adeguata alle Sue esigenze assicurative e previdenziali, mediante un processo decisionale automatizzato che consenta l'assunzione di decisioni in tempi più rapidi e la riduzione del margine di errore.
Si precisa che l'interessato ha diritto di non essere soggetto a processo decisionale automatizzato a meno che la decisione non sia necessaria per la conclusione di un contratto, sia prevista dalla legge o si basi sul consenso esplicito.
Rispetto ai trattamenti di cui sopra il conferimento dei dati è obbligatorio e non Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso. L'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per l'azienda di dare esecuzione al contratto o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti.

Categorie particolari di dati personali (c.d. "dati sensibili")
Per erogare i servizi relativi ai prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche alcuni Suoi dati appartenenti a categorie particolari (dati sensibili) quali quelli relativi al Suo stato di salute e/o quelli giudiziari strettamente strumentali all'erogazione dei servizi stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.
Il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari (c.d. "dati sensibili"), inclusi i processi decisionali automatizzati, avviene dietro Suo consenso espresso, ma il loro rilascio è comunque necessario per lo svolgimento delle finalità assicurative. In ogni caso il trattamento di tali dati si conforma alle modalità indicate dal Garante per la protezione dei dati personali nelle autorizzazioni generali di volta in volta rilasciate.
Qualora abbia prestato consenso al trattamento dei Suoi dati, La informiamo che può revocare il consenso prestato in qualsiasi momento.
Tuttavia, senza i Suoi dati, la Compagnia potrebbe non essere in grado di fornirLe in tutto o in parte i servizi e/o i prodotti da Lei richiesti.

Destinatari
La Compagnia metterà i Suoi dati personali a disposizione di parti terze, sia consociate sia esterne al gruppo. Comunichiamo i dati personali alle nostre consociate per le finalità descritte nella presente Informativa. In considerazione delle dimensioni globali del gruppo di cui la Compagnia fa parte (Prudential Financial, Inc - PFI), tali comunicazioni includono il trasferimento di dati personali verso altri Paesi, compresi gli Stati Uniti.
Alcuni dati, inoltre, devono essere comunicati a terzi per adempiere ad obblighi di legge (come previsto ad esempio dalla normativa antiriciclaggio) o per fornirLe i servizi richiesti.
I Suoi dati, anche appartenenti a categorie particolari (dati sensibili), saranno comunicati ai seguenti soggetti terzi che operano come autonomi titolari, quali: soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (ad esempio contraenti e assicurati); altri assicuratori; coassicuratori; broker assicurativi; riassicuratori; banche; SIM; SGR; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS; COVIP; Banca d'Italia; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale; Ministero della Giustizia; società di revisione e di consulenza; società di informazioni commerciali; società di recupero crediti.
Comunichiamo inoltre i dati personali a parti terze che forniscono servizi alla Compagnia quali: legali, periti e medici; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale.
Gli elenchi delle consociate, dei titolari del trattamento e dei responsabili del trattamento, costantemente aggiornati e facilmente accessibili, sono disponibili gratuitamente inviando una comunicazione a Pramerica Life S.p.A. – Piazza della Repubblica 14, 20124 Milano o un'e-mail all'indirizzo: responsabileprotezionedati@pramerica.it.

Trasferimento di dati

Alcune consociate e parti terze con cui condividiamo i Suoi dati personali sono situate in Paesi esterni al SEE. Tali trasferimenti avvengono unicamente verso Paesi che garantiscono un livello di protezione adeguato (stabilito attraverso una decisione di adeguatezza della Commissione Europea) o sono comunque effettuati fornendo garanzie adeguate (quali norme vincolanti d'impresa applicate all'interno del gruppo Prudential) secondo quanto stabilito dal Regolamento UE.
Può ottenere informazioni in merito a tali garanzie inviando una e-mail a responsabile.privacyclienti@ pramerica.it.

Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati con modalità e procedure necessarie per fornire i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richiesti anche mediante l'uso del fax, del telefono (anche cellulare), della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di coupon, schede e questionari. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore e ad altre aziende del Gruppo Prudential Financial Inc., in Italia e all'estero.

Diritti dell'interessato

L'esercizio dei diritti indicati nella presente sezione non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito, salvo richieste manifestamente infondate o eccessive ai sensi del Regolamento UE. La Compagnia sarà tenuta a fornire informazioni in merito all'azione intrapresa dal soggetto interessato senza ingiustificato ritardo, e al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta. Tale termine può essere prorogato di due mesi, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste, informando l'interessato di tale proroga e dei motivi del ritardo.

Ai sensi del Regolamento UE e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, si informa l'interessato che egli ha il diritto:
- di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali che lo riguardano e informazioni circa il trattamento su di essi effettuato;
- alla rettifica dei dati o la cancellazione degli stessi nelle ipotesi di cui al Regolamento e compatibilmente con altri obblighi di ritenzione da parte del titolare;
- a revocare il consenso prestato in precedenza;
- alla limitazione del trattamento nelle ipotesi di cui al Regolamento;
- alla portabilità dei dati, cioè il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici i dati personali che lo riguardano, e il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti, qualora il trattamento si basi sul consenso, su un contratto, o sia effettuato con mezzi automatizzati;
- a non essere sottoposto ad una decisione basata unicamente su un trattamento automatizzato che produca effetti giuridici che lo riguardano o lo colpisca in modo analogamente significativo.
Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'interessato - salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dal Titolare del trattamento a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. Il Titolare del trattamento potrà comunicare all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda.
Potrà effettuare tali richieste inviando una comunicazione a Pramerica Life S.p.A. – Piazza della Repubblica 14, 20124 Milano, all'attenzione del Data Protection Officer pro tempore o un'e-mail all'indirizzo responsabile.privacyclienti@ pramerica.it.
La Compagnia fornirà riscontro alle Sue richieste qualora in linea con la normativa applicabile, nelle tempistiche previste dalla legge. Al fine di garantire la protezione dei Suoi dati, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità prima di dar corso alle Sue richieste.
L'interessato ha altresì diritto a proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i propri diritti non siano stati rispettati, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

Esercizio del diritto di opposizione da parte dell'interessato

In aggiunta ai diritti sopra descritti e secondo le medesime modalità di esercizio, l'interessato ha il diritto

opporsi, in ogni momento, al trattamento dei dati personali che lo riguardano qualora il trattamento sia effettuato per il perseguimento del legittimo interesse del Titolare stesso, presentando l'opposizione al DPO. Il Titolare si asterrà dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sui diritti dell'interessato, oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Conservazione dei dati

La Compagnia conserverà i Suoi dati personali per il periodo necessario ad adempiere alle attività descritte nella presente Informativa, a meno che la normativa in vigore richieda o consenta un periodo di conservazione più lungo. Al fine di determinare il periodo di conservazione necessario, la Compagnia utilizza i criteri elencati di seguito:

a) periodo necessario alla gestione del rapporto contrattuale;

b) adempimenti normativi cui la Compagnia deve attenersi;

c) eventuali procedimenti in cui sia necessario un coinvolgimento della Compagnia (ad esempio in caso di contenziosi o indagini da parte dell'autorità).

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce al punto "A.a." (contenuto nel modulo di proposta) Lei può esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari (c.d. "dati sensibili"), per scopi assicurativi.

Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.

B. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER RICERCHE DI MERCATO E/O SCOPI PROMOZIONALI

I Suoi dati personali potranno anche essere trattati, dietro Suo espresso consenso, per le seguenti finalità:

a) attività di marketing tramite invio di materiale promozionale presso la Sua abitazione, il Suo indirizzo di posta elettronica, il suo numero di telefono o di fax o ancora tramite contatti telefonici che mirino a rilevare quali sono i Suoi bisogni, le Sue opinioni ed esigenze, nonché la qualità dei servizi e il Suo grado di soddisfazione (finalità di marketing);

b) renderLa partecipe di attività di marketing "personalizzato" a seconda dei Suoi gusti e delle Sue abitudini, tramite l'elaborazione delle Sue scelte di mercato e con conseguente invio di materiale promozionale personalizzato nelle medesime modalità indicate al precedente punto a) (finalità di profilazione).

Il Suo consenso al trattamento per tali finalità è facoltativo ed il Suo rifiuto avrà quale unica conseguenza quella di non poter essere destinatario delle attività di marketing e profilazione. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette, anche mediante l'uso di coupon, schede e questionari, fax, telefono (anche cellulare), sms, posta elettronica o altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da Pramerica, dai suoi collaboratori e dai suoi agenti, subagenti, produttori, mediatori, anche avvalendosi di Società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa.

Questi soggetti svolgono la funzione di "Responsabile" o di "Incaricato" del trattamento dei Suoi dati oppure operano come distinti "Titolari" del trattamento. Le precisiamo inoltre che quali "Responsabili" o "Incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni.

Infine, nel caso in cui decida di acconsentire al trattamento per finalità di marketing, i Suoi dati potranno essere comunicati a società terze fornitrici di Pramerica che potranno inviarLe materiale promozionale relativo ai propri prodotti e servizi, nelle medesime modalità indicate per le attività di marketing di Pramerica. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, anche l'attività di tali soggetti.

L'elenco dei terzi ai quali i dati possono essere comunicati, costantemente aggiornato e facilmente accessibile, è disponibile gratuitamente inviando una comunicazione a Pramerica Life S.p.A. – Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano o un'e-mail all'indirizzo responsabileprotezionedati@pramerica.it.

I Suoi dati personali non saranno diffusi né trasferiti all'estero per finalità di marketing.

Anche per i dati personali acquisti per finalità di ricerche di mercato e/o scopi promozionali, si applicano i paragrafi “Diritti dell’interessato”, “Esercizio del diritto di opposizione da parte dell’interessato”.

Conservazione dei dati

Pramerica conserverà i Suoi dati personali nel rispetto dei termini indicati nel paragrafo “A. Trattamento dei dati personali a scopi assicurativi” nella sezione “Conservazione dei dati”, ferma restando la Sua facoltà di revocare in ogni momento il consenso da Lei fornito.

Sulla base di quanto sopra, barrando con una croce le Sue scelte e apponendo la Sua firma in calce al punto “B.b.” (contenuto nel modulo di proposta) Lei esprime il Suo consenso al trattamento dei dati per ricerche di mercato e/o scopi promozionali.
Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.

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

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.

Pramerica