

Modifica della Prestazione Decesso

| Polizza n° | |
|--|---|
| | 1° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica |
| Cognome/Nome/Società | |
| Indirizzo/CAP/Paese | |
| Data di nascita/costituzione | |
| Numero di telefono | |
| Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna | |
| Legale rappresentante | |
| | 2° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica |
| Cognome/Nome/Società | |
| Indirizzo/CAP/Paese | |
| Data di nascita/costituzione | |
| Numero di telefono | |
| Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna | |
| Legale rappresentante | |
| Persona assicurata | |
| | 1° persona assicurata |
| Cognome/Nome/Società | |
| Indirizzo/CAP/Paese | |
| Data di nascita/costituzione | |
| Numero di telefono | |
| Email <input type="checkbox"/> nessuna | |
| Sesso | <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina |
| | 2° persona assicurata |
| Cognome/Nome/Società | |
| Indirizzo/CAP/Paese | |
| Data di nascita/costituzione | |
| Numero di telefono | |
| Email <input type="checkbox"/> nessuna | |
| Sesso | <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina |

Prestazione decesso

| | |
|--------------------------------|---------|
| Prestazione decesso precedente | _____ % |
| NUOVA prestazione decesso | _____ % |

Stato di salute della persona assicurata

| | 1° Assicurato | | 2° Assicurato | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| E' in buona salute e in grado di lavorare? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No* | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No* |
| Ha avuto, negli ultimi 5 anni, o ha tuttora, disturbi, malattie e/o malattie croniche? | <input type="checkbox"/> Sì** | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì** | <input type="checkbox"/> No |
| Altezza / Peso | _____ cm | _____ kg | _____ cm | _____ kg |

*) Per favore definire

***) Nome e indirizzo del/dei medico/i responsabile/i dell'ospedale presso il quale è stato curato

Il Contraente si obbliga a comunicare immediatamente per iscritto a Youplus qualsiasi cambiamento delle condizioni di salute dell'Assicurato che intervenga prima della decorrenza del Contratto. Inoltre, l'Assicurato dà il proprio consenso affinché i medici, gli ospedali, gli operatori assicurativi, le autorità, etc... possano comunicare informazioni a Youplus e libera a tal fine i predetti soggetti dal vincolo del segreto professionale. La Compagnia contatterà il Contraente o l'Assicurato, qualora a seconda dell'età, delle condizioni di salute e del rischio di copertura scelto, saranno necessari ulteriori domande sullo stato di salute o ulteriori accertamenti medici.

Firma dei contraenti (Firma manoscritta richiesta)

Luogo, Data

1° e 2° Contraente/Rappresentante legale*

Firma della persona assicurata (Firma manoscritta richiesta)

Luogo, Data

1° e 2° Persona assicurata/Rappresentante legale*

Si prega di allegare obbligatoriamente i seguenti documenti - La compagnia si riserva il diritto di richiedere documentazione aggiuntiva qualora fosse necessario:

- Polizza originale** (includere eventuali appendici), oppure dichiarazione di smarrimento
- Se il contraente è una persona fisica, una copia di una **fattura di utenza domestica** con data di emissione non superiore a 12 mesi (per polizze irlandesi, la data di emissione non deve essere superiore ai 6 mesi) (ad es.: bolletta del gas, elettricità, acqua, TV, etc.) oppure un certificato di residenza
- Documento d'identità** di ciascun contraente/persona assicurata (se differente):
 - Persona fisica:** copia del passaporto/carta d'identità autenticata e in corso di validità (se non già consegnata)
 - Persona giuridica:** registro di commercio (con data di emissione non superiore a 12 mesi), statuti (o documenti equivalenti), specimen di firma e copia del passaporto/carta d'identità autenticata e in corso di validità di ogni firmatario e relativo formulario W-8 o W-9
- Formulario **"Autocertificazione relativa allo status fiscale"** del contraente/persona assicurata (se differente). Qualora necessario, il formulario sarà richiesto anche dell'avente diritto economico.
- In caso di polizza irlandese: Formulario **"Autodichiarazione di non residenza in Irlanda"**
- In caso di persona fisica o giuridica con **status fiscale US:**
 - Formulario W-9
 - FinCEN Report 114 (FBAR per l'anno più recente relativo alla polizza) **e**
 - Formulario 8938 (per l'anno più recente relativo alla polizza)
 - o** Lettera CPA (conferma per l'anno più recente relativo alla polizza)

*La stessa documentazione richiesta per il contraente è necessaria anche per il rappresentante legale. Si prega di completare la pagina 1 di conseguenza.
