

## Richiesta di pagamento di un premio supplementare

Polizza n°	
	1° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica
Cognome/Nome/Società	
Indirizzo/CAP/Paese	
Data di nascita/constituzione	
Numero di telefono	
Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna	
Rappresentante legale	
	2° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica
Cognome/Nome/Società	
Indirizzo/CAP/Paese	
Data di nascita/constituzione	
Numero di telefono	
Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna	
Rappresentante legale	

Possibili conseguenze fiscali devono essere prese in considerazione dal contraente stesso. Il contraente è obbligato a tenere conto delle leggi in materia fiscale in vigore nel proprio paese di residenza e deve contattare il proprio fiscalista per un parere in merito. Comunicazioni e dichiarazioni alle autorità fiscali devono essere fatte direttamente dal contraente della polizza o dai beneficiari delle prestazioni assicurative.

Importo	
Valuta	<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP
Pagamento tramite	<input type="checkbox"/> trasferimento di liquidità (___%) <input type="checkbox"/> trasferimento di titoli (___%) (si prega di indicare la percentuale ed allegare la lista dei titoli trasferiti)

### Informazioni per la transazione

Incremento del premio (trasferimento o trasmissione) dal seguente conto o portafoglio:

Banca (Agenzia)	
C.a.p. / Città	
Intestatario del conto	
Numero di conto / IBAN	
SWIFT	

Scopo dell'aumento delle prestazioni assicurate

---

---

---

---

### Avente diritto economico

#### 3.1. Dichiarazione per l'identificazione dell'avente diritto economico

Con la presente lo stipulante d'assicurazione dichiara:

di essere l'avente diritto economico dei fondi che saranno versati a Youplus.

che l'avente diritto economico dei fondi è:

Cognome/nome/ragione sociale	
Indirizzo	
Data di nascita	
Nazionalità	

#### Dichiarazione concernente i fondi versati a Youplus

A partire da CHF 500'000 o il controvalore in EUR/USD la preghiamo di voler sempre rispondere alle domande aggiuntive e di allegare sempre un documento probatorio. Youplus si riserva il diritto di richiedere informazioni e/o documentazione aggiuntiva anche per somme inferiori ai CHF 500'000.

#### Situazione personale dell'avente diritto economico

Ha già concluso Un'altra assicurazione con Youplus?  si  no

Ha l'intenzione di effettuare dei versamenti supplementari nei prossimi 5 anni?  si  no

Se sì, con quale frequenza e di quale importo?

---

Composizione della famiglia

---

Esercita funzioni pubbliche? (se sì, voglia precisare dettagliatamente)

---

---

**Situazione professionale Dell'avente diritto economico**

Attività professionale	
Da quanti anni	
Per quale società	
(es: Da 20 anni nell'industria del settore tessile, Fashion Ltd., Milano)	
Se pensionato, indicare attività precedente	
Oltre CHF 500'000 di importo, indicare la cifra d'affari o allegare un rapporto annuale	

**Origine e provenienza dei fondi utilizzati per il finanziamento del premio**
 **Dall'attività professionale**

Oltre CHF 500'000 di importo, indicare la cifra d'affari o il guadagno medio degli ultimi 3 anni.

 **da divorzio**

Nome, cognome, data di nascita dell' ex-coniuge	
Professione specifica dell'ex-coniuge	

 **da eredità**

Nome, cognome, data di nascita del defunto	
Professione del defunto	
Grado di parentela	

 **da donazione**

Nome, cognome, data di nascita del donatore	
Professione specifica del donatore (se pensionato, attività precedente)	
Grado di parentela	

**da vendita o riscatto di**

immobili (indicare dettagli)

Oltre CHF 500'000 di importo, allegare copia del contratto di vendita

azioni (indicare dettagli)

Oltre CHF 500'000 di importo, allegare copia delle azioni

benefici assicurativi  
(indicare dettagli)

Oltre CHF 500'000 di importo, allegare copia della polizza o avviso d'accredito

**altre fonti:** (indicare dettagli)

Oltre CHF 500'000 di importo, allegare copia dei relativi giustificativi

#### Spese di sottoscrizione

Spese di sottoscrizione  identiche all'ultimo versamento  
 \_\_\_\_\_ % del premio unico

Se il tasso è stato modificato la firma del mediatore è indispensabile.

#### Firme (Firma manoscritta richiesta)

\_\_\_\_\_  
Luogo, Data

\_\_\_\_\_  
1° e 2° Contraente/Rappresentante legale\*

#### Firma del Intermediario (Firma manoscritta richiesta)

L'intermediario conferma di avere personalmente incontrato il proponente, la persona assicurata e l'aveute diritto economico, di aver preso tutte le informazioni utili che la vigilanza richiede in queste circostanze, conformemente alle disposizioni legali e di aver eseguito le copie dei documenti richiesti a partire da originali. Egli conferma, inoltre, la veridicità delle informazioni, l'autenticità delle firme e di non essere a conoscenza di ulteriori fatti che potrebbero condurre Youplus a rifiutare il contratto.

\_\_\_\_\_  
Mediatore

\_\_\_\_\_  
Intermediario  
(in stampatello)

## Appendice alla proposta

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, ecc. 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 della persona assicurata (Firma manoscritta richiesta)

Luogo, Data

1° e 2° Persona assicurata

---

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

- Se il contraente è una persona fisica, una copia di una **fattura di utenza domestica** con data di emissione non superiore a 12 mesi (ad es.: bolletta del gas, elettricità, acqua, TV, etc.) oppure un certificato di residenza
- Documento d'identità** di ciascun contraente/avente diritto economico/intestatario di conto (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 e ciascun intestatario del conto (se differente).
- Formulario **"Dichiarazione fiscale"** del contraente e ciascun intestatario del conto (se differente).
- 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 l'intestatario di conto è necessaria anche per il rappresentante legale.

---