

RICHIESTA DI VARIAZIONE DEL/I BENEFICIARIO/I INDICAZIONE/VARIAZIONE DEL REFERENTE TERZO (CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ N. testa _____

Con la presente il Contraente _____ della polizza sopra indicata richiede di:

- variare la designazione beneficiaria in caso di VITA dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i (compilare SEZ. I e SEZ. III):
- variare la designazione beneficiaria in caso di MORTE dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i (compilare SEZ. II e SEZ. III):
- _____ il soggetto referente terzo a cui, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'Impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato, come indicato di seguito (compilare SEZ. IV):

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARIO/I CASO VITA (SEZ. I)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso vita del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

%

- Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

2° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

%

- Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

%

2° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

%

3° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

%

4° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

%

5° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

%

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (IN MANCANZA DEI SOGGETTI DESIGNATI) (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

INFORMAZIONI SUI BENEFICIARI (SEZ. III)

ESISTONO BENEFICIARI AL DI FUORI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL CONTRAENTE? (DOMANDA VALIDA SIA PER I BENEFICIARI VITA CHE MORTE, OVE PRE-
VISTI DAL PRODOTTO)

- NO, il Beneficiario coincide con il Contraente
- NO, i Beneficiari sono legati da rapporti professionali con il Contraente
- NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato
- NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato con il Titolare effettivo
- SÌ (specificare legame tra Contraente e beneficiari non appartenenti al nucleo familiare/professionale)

SOGGETTO REFERENTE TERZO (SEZ. IV)

Di seguito sono riportati i nuovi dati relativi al Soggetto referente terzo. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i dati relativi al Soggetto referente terzo in essere.

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

Indirizzo e-mail

L'operazione è da intendersi già perfezionata con la regolare compilazione e sottoscrizione della presente richiesta.

FERMO IL RESTO

Il Contraente ha apposto
la propria firma in presenza dell'Incaricato

Data

Il Contraente

Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato