

Il Contraente designa i seguenti Beneficiari:

## BENEFICIARIO

Nome: _____		Cognome/Ragione Sociale: _____	
Data di Nascita/di costituzione: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Luogo di Nascita: _____	Provincia: _____	
Codice Fiscale/P.IVA: _____			
Residenza/Sede legale: _____	Via: _____	Numero civico: _____	
CAP: _____	Comune/Località: _____	Provincia: _____	
Telefono: _____	E-mail: _____	Quota: _____	
Il Beneficiario designato dichiara di voler accettare il beneficio rendendolo <b>irrevocabile</b> .		Firma del Beneficiario _____	

## BENEFICIARIO

Nome: _____		Cognome/Ragione Sociale: _____	
Data di Nascita/di costituzione: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Luogo di Nascita: _____	Provincia: _____	
Codice Fiscale/P.IVA: _____			
Residenza/Sede legale: _____	Via: _____	Numero civico: _____	
CAP: _____	Comune/Località: _____	Provincia: _____	
Telefono: _____	E-mail: _____	Quota: _____	
Il Beneficiario designato dichiara di voler accettare il beneficio rendendolo <b>irrevocabile</b> .		Firma del Beneficiario _____	

## BENEFICIARIO

Nome: _____		Cognome/Ragione Sociale: _____	
Data di Nascita/di costituzione: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Luogo di Nascita: _____	Provincia: _____	
Codice Fiscale/P.IVA: _____			
Residenza/Sede legale: _____	Via: _____	Numero civico: _____	
CAP: _____	Comune/Località: _____	Provincia: _____	
Telefono: _____	E-mail: _____	Quota: _____	
Il Beneficiario designato dichiara di voler accettare il beneficio rendendolo <b>irrevocabile</b> .		Firma del Beneficiario _____	

In caso di mancata designazione dei Beneficiari in forma nominativa la Compagnia potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.

La modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata alla Compagnia.

- Il Contraente-Assicurato designa come Beneficiari gli eredi testamentari o, in assenza di testamento, gli eredi legittimi del Contraente-Assicurato in parti uguali fra loro.

Ove non sia designato alcun Beneficiario, la Prestazione assicurativa sarà corrisposta in favore degli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, degli eredi legittimi del Contraente-Assicurato.

**Avvertenza: In caso di mancata indicazione nominativa del beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nella identificazione e nella ricerca del Beneficiario.**

- Il Contraente-Assicurato dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai Beneficiari, prima dell'evento assicurato.

Il Contraente-Assicurato, per specifiche esigenze di riservatezza, indica come referente terzo, diverso dai Beneficiari, il soggetto di seguito indicato, a cui la Compagnia farà riferimento in caso di decesso del Contraente-Assicurato:

### REFERENTE TERZO

Nome:		Cognome:	
Data di nascita:	<input type="text"/>	Luogo di Nascita:	Provincia:
Codice Fiscale/P.IVA:			
Residenza:	Via:	Numero civico:	
CAP:	Comune/Località:	Provincia:	
Telefono:	E-mail:		

Data e luogo: \_\_\_\_\_ Firma Contraente: \_\_\_\_\_