

Il Richiedente designa i seguenti Beneficiari:

BENEFICIARIO

Nome Ragione sociale/denominazione:		Cognome:
Data di Nascita:	<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 irrevocabile .		Firma del Beneficiario legale rappresentante

BENEFICIARIO

Nome Ragione sociale/denominazione:		Cognome:
Data di Nascita:	<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 irrevocabile .		Firma del Beneficiario legale rappresentante

BENEFICIARIO

Nome Ragione sociale/denominazione:		Cognome:
Data di Nascita:	<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 irrevocabile .		Firma del Beneficiario legale rappresentante

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 Richiedente designa come Beneficiari gli eredi testamentari o, in assenza di testamento, gli eredi legittimi dell'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 dell'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 Richiedente dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai Beneficiari, prima dell'evento assicurato.

Il Richiedente, 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 dell'Assicurato:

REFERENTE TERZO

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

Data e luogo: _____ Firma Richiedente: _____