



**Cambio di beneficio**  
**ASSOCIAZIONE SENIORES D'AZIENDA DEL GRUPPO GENERALI**  
**SEZIONE DI MOGLIANO VENETO**

Il sottoscritto .....  
(cognome) ..... (nome)

Codice fiscale ..... e-mail .....

Cellulare .....

Assicurato con la polizza nr. .... Collettiva ..... Sottocollettiva .....

**DICHIARA**

che in caso di premorienza sono da considerare come Beneficiari

gli eredi legittimi o testamentari

oppure

i seguenti qui sotto elencati

1. ....  
(cognome) ..... (nome) ..... (codice fiscale)

.....  
(indirizzo di corrispondenza) ..... (città e provincia)

.....  
(telefono fisso) ..... (cellulare) ..... (e-mail)

..... (se non indicata la %, la liquidazione avviene in parti uguali)

(% beneficio)

2. ....  
(cognome) ..... (nome) ..... (codice fiscale)

.....  
(indirizzo di corrispondenza) ..... (città e provincia)

.....  
(telefono fisso) ..... (cellulare) ..... (e-mail)

..... (se non indicata la %, la liquidazione avviene in parti uguali)

(% beneficio)


3. ....  
(cognome) ..... (nome) ..... (codice fiscale)


.....  
(indirizzo di corrispondenza) ..... (città e provincia)

.....  
(telefono fisso) ..... (cellulare) ..... (e-mail)

..... (se non indicata la %, la liquidazione avviene in parti uguali)

(% beneficio)

 .....  
(luogo e data)

 .....  
(firma dell'assicurato)

Allegare documento d'identità

In caso di più beneficiari allegare più pagine del presente modello

**SPAZIO RISERVATO ALLA CONTRAENTE "ASSOCIAZIONE SENIORES D'AZIENDA DEL GRUPPO GENERALI"**

*Nulla Osta della Contraente:*

.....  
(timbro e firma)