



Cambio di beneficio
ASSOCIAZIONE SENIORES D'AZIENDA DEL GRUPPO GENERALI
Sezione di _____

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)