

Modulo Variazione Beneficiario e Referente Terzo

Contraente

Contraente:
Prodotto: Numero Polizza:
Assicurato:
Numero Posizione: Codice Fiscale:

Legale Rappresentante

Cognome: Nome:
Codice Fiscale:

Prestazioni

☒ Richiedo con decorrenza / / la variazione dei beneficiari designati in precedenza e l'integrazione dei dati forniti:

☐ **BENEFICIARI CASO MORTE**

Designazione Generica:

OPPURE

Designazione puntuale:

- Percentuale: ☐ 100% ☐ altro (specificare).....

Cognome e Nome.....

Codice fiscale..... Nato a il

Indirizzo

Comune CAP Prov. Nazione

Telefono cellulare..... E-mail.....

- Percentuale: ☐ 100% ☐ altro (specificare).....

Cognome e Nome.....

Codice fiscale..... Nato a il

Indirizzo

Comune CAP Prov. Nazione

Telefono cellulare..... E-mail.....

- Percentuale: ☐ 100% ☐ altro (specificare).....

Denominazione sociale

Partita IVA.....Data di costituzione.....

Indirizzo sede legale.....

ComuneCAP Prov..... Nazione

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati di recapito e contatto del/dei Beneficiario/i designato/i, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nel rintracciare il/i Beneficiario/i e dunque nel liquidare la prestazione



Tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario e il Contraente:

Cognome e nome/denominazione sociale.....

Legame*.....

* Se beneficiario è Persona Fisica: Figlio/Figlia; Genitore; Coniuge/Convivente; Nipote; Fratello/Sorella; Legame affettivo; Altro
Se Beneficiario è Persona Giuridica: Scopo Benefico, altro



Tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario e l'Assicurato:

Cognome e nome/denominazione sociale.....

Legame*.....

* Se beneficiario è Persona Fisica: Figlio/Figlia; Genitore; Coniuge/Convivente; Nipote; Fratello/Sorella; Legame affettivo; Altro
Se Beneficiario è Persona Giuridica: Scopo Benefico, altro



Richiedo, con decorrenza / /, la designazione/variazione/revoca del Referente terzo cui la Compagnia può far riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata ai beneficiari:

Cognome e Nome.....

Codice Fiscale

Indirizzo.....

Comune.....CAP.....Prov.....Nazione.....

Telefono cellulare.....e-mail.....



Mi impegno a:

- consegnare ai Beneficiari e al Referente terzo copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, allegata al presente modulo, manlevando Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. dalla responsabilità di ogni danno che dovesse derivare dal mio inadempimento.
- conferire specifico incarico al Referente terzo individuato e a impartire allo stesso tutte le istruzioni necessarie per supportare la Compagnia al fine di contattare il Beneficiario informare tempestivamente per iscritto la Compagnia nel caso di revoca dell'incarico ovvero nel caso in cui il Referente terzo rinunciasse all'incarico o, comunque, non fosse più in grado, in corso di Contratto, di svolgere l'incarico
- informare tempestivamente per iscritto la Compagnia nel caso di revoca dell'incarico ovvero nel caso in cui il Referente terzo rinunciasse all'incarico o, comunque, non fosse più in grado, in corso di Contratto, di svolgere l'incarico

- informare tempestivamente per iscritto la Compagnia dei nuovi dati di contatto del Referente terzo qualora dovessero cambiare in corso di Contratto

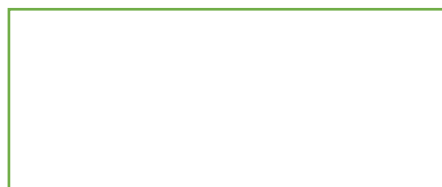
Questa variazione di Beneficiario e di Referente Terzo annulla e sostituisce qualsiasi precedente designazione di altri Beneficiari e di altro Referente Terzo

La Compagnia si riserva di controllare la validità della richiesta prima di effettuare la variazione.

Luogo e Data _____

X _____

Contraente / Legale Rappresentante



Timbro Banca e firma Intermediario