

RICHIESTA DI VARIAZIONE BENEFICIARIO CASO VITA / CASO MORTE

Il/la sottoscritto/a

CONTATTI per eventuali richieste d'integrazione documentale:

tel: e-mail:

In qualità di contraente della/e polizza/e numero:

dichiara di voler attribuire: Il beneficio caso morte dell'assicurato Il beneficio caso vita dell'assicurato

Al/ai seguente/i soggetto/i:

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato
- Le persone indicate nei seguenti campi: (in caso si volessero indicare più di 3 beneficiari, compilare l'appendice)

1. Beneficiario

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono:

2. Beneficiario

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono:

3. Beneficiario

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono:

Firma **Luogo e Data.....**

Inviare modulo e documento d'identità valido e con firma visibile tramite e-mail all'indirizzo: supporto@axa-mpsfinancial.ie

Per informazioni contattare il numero verde 800 231 187 attivo da lunedì a venerdì dalle 9 alle 19

La Compagnia procederà al completamento della transazione solo in seguito alla corretta ricezione di tutta la documentazione

Informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito internet <https://www.axa-mpsfinancial.ie/informativa-privacy>