

**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](mailto: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>**