

Modifica della clausola beneficiaria

Polizza n°	
	1° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica
Cognome/Nome/Società	
Indirizzo/CAP/Paese	
Data di nascita/constituzione	
Numero di telefono	
Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna	
Rappresentante legale	
	2° Contraente <input type="checkbox"/> persona giuridica
Cognome/Nome/Società	
Indirizzo/CAP/Paese	
Data di nascita/constituzione	
Numero di telefono	
Email/PEC <input type="checkbox"/> nessuna	
Rappresentante legale	

In generale, la clausola beneficiaria è revocabile, a meno che l'intestatario della polizza non dichiari per iscritto che questo diritto sia irrevocabile. La revocabilità significa che il diritto ai benefici assicurativi può essere modificato o cancellato in ogni momento dal contraente. Il contraente può designare una o più persone come beneficiari e definirne più dettagliatamente i diritti (indicandone grado e quote percentuali).

Clausola beneficiaria in caso di vita				
	1° beneficiario		2° beneficiario	
Suddivisione	Grado: _____		Grado: _____	
	Quota parte %: _____		Quota parte %: _____	
	<input type="checkbox"/> 1° contraente	<input type="checkbox"/> 2° contraente	<input type="checkbox"/> 1° contraente	<input type="checkbox"/> 2° contraente
	<input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> altro	
Cognome/Nome/Società				
Indirizzo/CAP/Paese				
Nazionalità				
Data di nascita/constituzione				
Relazione con il contraente				
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
	<input type="checkbox"/> persona giuridica		<input type="checkbox"/> persona giuridica	

	3° beneficiario		4° beneficiario	
Suddivisione	Grado: _____ Quota parte %: _____		Grado: _____ Quota parte %: _____	
	<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro	
Cognome/Nome/Società				
Indirizzo/CAP/Paese				
Nazionalità				
Data di nascita/constituzione				
Relazione con il contraente				
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
	<input type="checkbox"/> persona giuridica		<input type="checkbox"/> persona giuridica	
Clausola beneficiaria in caso di decesso				
	1° beneficiario		2° beneficiario	
Suddivisione	Grado: _____ Quota parte %: _____		Grado: _____ Quota parte %: _____	
	<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro	
Cognome/Nome/Società				
Indirizzo/CAP/Paese				
Nazionalità				
Data di nascita/constituzione				
Relazione con il contraente				
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
	<input type="checkbox"/> persona giuridica		<input type="checkbox"/> persona giuridica	
	3° beneficiario		4° beneficiario	
Suddivisione	Grado: _____ Quota parte %: _____		Grado: _____ Quota parte %: _____	
	<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> 1° contraente <input type="checkbox"/> 2° contraente <input type="checkbox"/> altro	

Cognome/Nome/Società				
Indirizzo/CAP/Paese				
Nazionalità				
Data di nascita/constituzione				
Relazione con il contraente				
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina
	<input type="checkbox"/> persona giuridica		<input type="checkbox"/> persona giuridica	

Firma del contraente (Firma manoscritta richiesta)

Luogo, Data

1° e 2° Contraente/Rappresentante legale*

Clausola beneficiaria Irrevocabile

L'irrevocabilità della clausola beneficiaria significa che il diritto ai benefici assicurativi può essere modificato o cancellato con il consenso della persona designata quale beneficiario irrevocabile. Il Contraente con la presente dichiara che i diritti di beneficiario sono **irrevocabili** per i beneficiari sotto menzionati. Si consiglia di consultare un legale o un esperto fiscale prima di designare una persona come beneficiario irrevocabile.

Cognome/Società			
Nome			
Indirizzo			
CAP /Città			
Paese			
Nazionalità			
Data di nascita/constituzione			
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> persona giuridica
Relazione con il contraente			

Si prega di prendere visione dell'**Art. 75, paragrafo 2, della Legge sui Contratti Assicurativi**: "il diritto del contraente o dei suoi eredi legali di revocare la Clausola sui diritti del Beneficiario decade solo nel caso in cui il contraente abbia rinunciato per iscritto al diritto di revoca all'interno della polizza apponendo la sua firma ed abbia trasferito la polizza al beneficiario."

Firma del contraente (Firma manoscritta richiesta)

Sono consapevole che, con la sottoscrizione del presente modulo, i diritti ai benefici di questa polizza in capo alla persona designata come beneficiario irrevocabile, derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita, potranno essere modificati o cancellati solo con il consenso del beneficiario irrevocabile.

Luogo, Data

1° e 2° Contraente/Rappresentante legale*

Firma del beneficiario irrevocabile (Firma manoscritta richiesta)

Apponendo nello spazio sottostante la propria firma, la persona designata come beneficiario irrevocabile dei diritti assicurativi, acconsente alla summenzionata designazione.

Luogo, Data

Beneficiario irrevocabile/Rappresentante legale*

Firma del creditore pignoratizio (se esistente), (Firma manoscritta richiesta)

Qualora la polizza assicurativa sia stata data in pegno, è necessario che anche il creditore pignoratizio dia il proprio consenso alla modifica.

Luogo, Data

Creditore pignoratizio

Si prega di allegare obbligatoriamente i seguenti documenti - La compagnia si riserva il diritto di richiedere documentazione aggiuntiva qualora fosse necessario:

- Documento d'identità** di ciascun contraente/beneficiario irrevocabile (se differente):
 - Persona fisica:** copia del passaporto/carta d'identità autenticata e in corso di validità (se non già consegnata)
 - Persona giuridica:** registro di commercio (con data di emissione non superiore a 12 mesi), statuti (o documenti equivalenti), specimen di firma e copia del passaporto/carta d'identità autenticata e in corso di validità di ogni firmatario e relativo formulario W-8 o W-9
- In caso di polizza irlandese: Formulario **“Autodichiarazione di non residenza in Irlanda”**

*La stessa documentazione richiesta per contraente e beneficiario irrevocabile è necessaria anche per il rappresentante legale. Si prega di completare la pagina 1 di conseguenza.