

Modifica dei beneficiari del capitale in caso di decesso PREVEA

Generalità della persona assicurata	Cognome, nome Data di nascita Numero polizza Stato civile
Riguarda il capitale assicurato in (barrare la casella che interessa):	
<input type="checkbox"/> PREVEA Infortunio <input type="checkbox"/> PREVEA Malattia	
Spiegazione	Chiedo di beneficiare, nel caso del mio decesso, le seguenti persone aventi diritto (PREVEA Malattia – v. spiegazioni CA art.20/PREVEA Infortunio – v. spiegazioni CA art. 16) nella misura indicata qui di seguito.
Persona 1	Cognome, nome Via, n. NPA, località Data di nascita Stato civile Relazione con la persona assicurata Quota in % del capitale in caso di decesso
Persona 2	Cognome, nome Via, n. NPA, località Data di nascita Stato civile Relazione con la persona assicurata Quota in % del capitale in caso di decesso
Osservazioni	Con la presente dichiarazione revoco tutte le dichiarazioni precedentemente rese a Helsana in merito alla modifica dei beneficiari. Consegno la presente dichiarazione a Helsana Assicurazioni SA, a cui comunico tempestivamente qualsiasi modifica delle circostanze descritte nella presente. Prendo atto del fatto che, per la presente dichiarazione, sono determinanti le disposizioni di legge e dei regolamenti valide al momento del mio decesso.
Nota	Se la clausola beneficiaria per minori viene cambiata, questa deve sempre essere firmata da entrambi i genitori.

Luogo e data _____ Firma della persona assicurata/del rappresentante legale _____

Si prega di inviare il formulario, compilato e firmato, all'indirizzo riportato sotto. Grazie.

