

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):

☐ PREVEA Infortunio ☐ 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.

