



Modulo per la variazione della designazione dei Beneficiari del Contratto

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente richiesta di variazione della nomina dei Beneficiari si riferisce al Contratto Numero:

Intestato a

sulla(e) vita(e) di

B. NOTA BENE

- I Beneficiari indicati nel presente modulo sostituiscono quelli in precedenza nominati e comunicati a Clerical Medical, che devono pertanto ritenersi definitivamente revocati.
- L'(gli) Investitore(i)-Contraente(i) dichiara(dichiarano) e garantisce (garantiscono) che la nomina di uno o più Beneficiari effettuata mediante il presente modulo, è pienamente valida ed efficace in conformità alla legge che regola il Contratto.

C. NOMINA DEL(DEI) BENEFICIARIO(I)

Ci impegniamo per mantenere al sicuro i tuoi dati personali, anche rivedendo periodicamente la nostra Informativa sulla privacy. In caso di cambiamenti rilevanti, ti invieremo un avviso per invitarti a prenderne visione, così che tu sia sempre al corrente di come vengono trattati i tuoi dati e su quali sono le opzioni a tua disposizione. Ti preghiamo di consultare l'ultima versione della Informativa sulla privacy al seguente link <https://www.clericalmedical.com/it/homepage/protezione-dei-dati.asp>, o di richiederne copia contattando il Servizio Clienti di Scottish Widows Europe S.A., 37, Boulevard Joseph II, 1840, Luxembourg. (Tel. +39 04711431003) o scrivendo una email all'indirizzo cs-italia@admin.clericalmedical.com.

L'(Gli) Investitore-Contraente(i) nomina(nominano) il(i) Beneficiario(i) di seguito indicato(i) che avrà(avranno) diritto alla Prestazione in caso di Decesso prevista dal Contratto nella misura ivi indicata.

- A. 100% agli eredi legittimi o testamentari dell'(degli) Investitore(i)-Contraente(i)
- B. 100% agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, al cui decesso la Compagnia procederà al pagamento della Prestazione prevista dal Contratto

C. Per la designazione di percentuali diverse o di Beneficiari diversi dagli eredi legittimi o testamentari, indicare per ciascun Beneficiario i dati di seguito richiesti avendo cura di verificare che la percentuale del beneficio totale corrisponda al 100%: % Prestazione in Caso di Decesso (solo cifre intere)

Nome(i) (per esteso)	<input type="text"/>
Cognome	
Indirizzo	
Codice fiscale	
Nome(i) (per esteso)	<input type="text"/>
Cognome	
Indirizzo	
Codice fiscale	
Nome(i) (per esteso)	<input type="text"/>
Cognome	
Indirizzo	
Codice fiscale	
Totale beneficio	<input type="text" value="100"/>

D. FIRME

Firma Primo Investitore-Contraente

Firma Secondo Investitore-Contraente

Data (gg/mm/aaaa)

Data (gg/mm/aaaa)