CRONOSVITA assicurazioni

spazio riservato a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.

RICHIESTA DI VARIAZIONE DEL/I BENEFICIARIO/I INDICAZIONE/VARIAZIONE DEL REFERENTE TERZO (CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ N. testa _____

Con la presente il Contraente _____ della polizza sopra indicata richiede di:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di VITA dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. I e SEZ. III)**:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di MORTE dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. II e SEZ. III)**:

☐ _____ il soggetto referente terzo a cui, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'Impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato, come indicato di seguito **(compilare SEZ. IV)**:

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARIO/I CASO VITA (SEZ. I)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso vita del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

2° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

2° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

3° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

4° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

5° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (IN MANCANZA DEI SOGGETTI DESIGNATI) (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

INFORMAZIONI SUI BENEFICIARI (SEZ. III)

ESISTONO BENEFICIARI AL DI FUORI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL CONTRAENTE? *(DOMANDA VALIDA SIA PER I BENEFICIARI VITA CHE MORTE, OVE PREVISTI DAL PRODOTTO)*

☐ NO, il Beneficiario coincide con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti professionali con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato con il Titolare effettivo

☐ SÌ (specificare legame tra Contraente e beneficiari non appartenenti al nucleo familiare/professionale)

_____

SOGGETTO REFERENTE TERZO (SEZ. IV)

Di seguito sono riportati i nuovi dati relativi al Soggetto referente terzo. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i dati relativi al Soggetto referente terzo in essere.

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

_____

Cognome e Nome

_____

Indirizzo

_____ _____

Telefono Indirizzo e-mail

L'operazione è da intendersi già perfezionata con la regolare compilazione e sottoscrizione della presente richiesta.

FERMO IL RESTO

Il Contraente ha apposto
la propria firma in presenza dell'Incaricato

Data _____ _____ _____

Il Contraente Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

spazio riservato a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.

RICHIESTA DI VARIAZIONE DEL/I BENEFICIARIO/I INDICAZIONE/VARIAZIONE DEL REFERENTE TERZO (CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ N. testa _____

Con la presente il Contraente _____ della polizza sopra indicata richiede di:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di VITA dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. I e SEZ. III)**:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di MORTE dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. II e SEZ. III)**:

☐ _____ il soggetto referente terzo a cui, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'Impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato, come indicato di seguito **(compilare SEZ. IV)**:

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARIO/I CASO VITA (SEZ. I)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso vita del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

2° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

2° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

3° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

4° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

5° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (IN MANCANZA DEI SOGGETTI DESIGNATI) (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

INFORMAZIONI SUI BENEFICIARI (SEZ. III)

ESISTONO BENEFICIARI AL DI FUORI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL CONTRAENTE? *(DOMANDA VALIDA SIA PER I BENEFICIARI VITA CHE MORTE, OVE PREVISTI DAL PRODOTTO)*

☐ NO, il Beneficiario coincide con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti professionali con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato con il Titolare effettivo

☐ SÌ (specificare legame tra Contraente e beneficiari non appartenenti al nucleo familiare/professionale)

_____

SOGGETTO REFERENTE TERZO (SEZ. IV)

Di seguito sono riportati i nuovi dati relativi al Soggetto referente terzo. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i dati relativi al Soggetto referente terzo in essere.

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

_____

Cognome e Nome

_____

Indirizzo

_____ _____

Telefono Indirizzo e-mail

L'operazione è da intendersi già perfezionata con la regolare compilazione e sottoscrizione della presente richiesta.

FERMO IL RESTO

Il Contraente ha apposto
la propria firma in presenza dell'Incaricato

Data _____ _____ _____

Il Contraente Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

spazio riservato a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.

RICHIESTA DI VARIAZIONE DEL/I BENEFICIARIO/I INDICAZIONE/VARIAZIONE DEL REFERENTE TERZO (CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ N. testa _____

Con la presente il Contraente _____ della polizza sopra indicata richiede di:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di VITA dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. I e SEZ. III)**:

☐ **variare la designazione beneficiaria in caso di MORTE dell'Assicurato**, sostituendo il/i beneficiario/i precedentemente designato/i **(compilare SEZ. II e SEZ. III)**:

☐ _____ il soggetto referente terzo a cui, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'Impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato, come indicato di seguito **(compilare SEZ. IV)**:

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARIO/I CASO VITA (SEZ. I)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso vita del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

2° BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome e Nome

Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____ % _____

☐ Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

1° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

2° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

3° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

4° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

5° BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome e Nome

Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita

Indirizzo

Telefono | Indirizzo e-mail | %

BENEFICIARIO/I CASO MORTE (IN MANCANZA DEI SOGGETTI DESIGNATI) (SEZ. II)

Di seguito sono riportati i nuovi Beneficiari caso morte del contratto. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i Beneficiari in essere.

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182

CRONOSVITA assicurazioni

Polizza n.° _____

Ordine n.° _____

Cognome e Nome del Contraente/Ragione Sociale _____

INFORMAZIONI SUI BENEFICIARI (SEZ. III)

ESISTONO BENEFICIARI AL DI FUORI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL CONTRAENTE? *(DOMANDA VALIDA SIA PER I BENEFICIARI VITA CHE MORTE, OVE PREVISTI DAL PRODOTTO)*

☐ NO, il Beneficiario coincide con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti professionali con il Contraente

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato

☐ NO, i Beneficiari sono legati da rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza di fatto o unione civile con l'Assicurato con il Titolare effettivo

☐ SÌ (specificare legame tra Contraente e beneficiari non appartenenti al nucleo familiare/professionale)

_____

SOGGETTO REFERENTE TERZO (SEZ. IV)

Di seguito sono riportati i nuovi dati relativi al Soggetto referente terzo. Nel caso in cui non fossero state richieste modifiche sono comunque riportati i dati relativi al Soggetto referente terzo in essere.

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

_____

Cognome e Nome

_____

Indirizzo

_____ _____

Telefono Indirizzo e-mail

L'operazione è da intendersi già perfezionata con la regolare compilazione e sottoscrizione della presente richiesta.

FERMO IL RESTO

Il Contraente ha apposto
la propria firma in presenza dell'Incaricato

Data _____ _____ _____

Il Contraente Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

Mod. VARBEN RIC PG ed.11-23.0

Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - cronosvita@legalmail.it - www.cronosvita.it
Capitale sociale sottoscritto e versato per euro 60.000.000 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento Ivass 0238230/23 del 17/10/2023 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n.13088520963 - Partita Iva n. 13088520963 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00182