

**Nota esplicitiva relativa alla ripartizione del capitale
pagabile in caso di morte**

La persona firmataria desidera che al suo decesso l'eventuale capitale pagabile in caso di morte venga corrisposto ai superstiti secondo il seguente ordine e nell'entità specificata di segugi:

1. Persona

Nome / Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ NPA / Località _____

quota % _____

2. Persona

Nome / Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ NPA / Località _____

quota % _____

3. Persona

Nome / Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ NPA / Località _____

quota % _____

4. Persona

Nome / Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ NPA / Località _____

quota % _____

Mio dati personali

Nome / Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ NPA / Località _____

Questo modulo deve essere compilato soltanto da assicurati non coniugati. È consigliabile indicare gli importi spettanti alle singole persone in valori percentuali (%).

Luogo / Data _____ Firma _____