

# Clausola beneficiaria

## per l'Assicurazione per decesso o invalidità da infortunio o malattia

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. A tutte le domande appropriate alla situazione deve essere data una risposta completa e il formulario firmato deve essere immediatamente inviato all'indirizzo riportato in fondo al documento. In caso di domande, il Contact Center, 0844 277 277 sarà lieto di essere d'aiuto. Molte grazie.

Numero cliente

per infortunio

per malattia

per infortunio e malattia

### 1 Generalità

Nome

Cognome

Via, numero civico

NPA/Località

Data di nascita

### 2 Clausola beneficiaria

In caso di mio decesso, dispongo che la somma per decesso assicurata, venga versata a:

Si prega di indicare indirizzo, data di nascita e quote in percentuale per ogni beneficiario.

Mediante revoca della presente clausola beneficiaria, in qualsiasi momento ho la possibilità di eliminare dei beneficiari o di nominare altri beneficiari.

Luogo

Data

Firma della persona assicurata

Se nessuno viene indicato come beneficiario mediante il presente formulario, secondo le CGA, in caso di decesso vale il seguente ordine dei beneficiari:

1. coniuge/partner registrato
2. in mancanza di questi, i figli
3. in mancanza di questi, i rimanenti eredi legali, con esclusione della comunità

Inviare a:

CSS Assicurazione  
Centro di competenza ass. speciali  
Casella Postale 2568  
6002 Lucerna

Soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA