

Designazione dei beneficiari

Per l'assicurazione in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio o malattia

Questo modulo deve essere compilato dalla persona assicurata o, rispettivamente, dal suo rappresentante legale. È necessario fornire risposta a tutte le domande pertinenti e inviare il modulo firmato a Visana.

Dati personali	
N. ass. Visana	
Cognome/nome	
Via/n.	NPA/Luogo
Data di nascita	
<input type="radio"/> Designo quale beneficiario/a per l'assicurazione di capitale in caso di decesso a seguito di infortunio <input type="radio"/> Designo quale beneficiario/a per l'assicurazione di capitale in caso di decesso e invalidità a seguito di malattia (è possibile designare una persona beneficiaria solo per le prestazioni di capitale in caso di decesso)	

Beneficiari	
In caso di morte, dispongo che la somma assicurata per il caso di decesso sia versata alla seguente persona / alle seguenti persone:	
Cognome/nome	
Via/n.	NPA/Luogo
Data di nascita	Quota percentuale per persona beneficiaria
Cognome/nome	
Via/n.	NPA/Luogo
Data di nascita	Quota percentuale per persona beneficiaria
Cognome/nome	
Via/n.	NPA/Luogo
Data di nascita	Quota percentuale per persona beneficiaria

La presente designazione dei beneficiari ha valore a partire dalla data di questa dichiarazione. La sua validità continua fino a revoca scritta anche in seguito alla morte, alla dichiarazione di scomparsa e alla perdita della capacità di agire della persona assicurata.

Se con il presente modulo non viene designata nessuna persona beneficiaria, le CGA prevedono che in caso di decesso si segua il seguente ordine dei beneficiari:

- coniuge / partner registrata/o; in sua assenza
- i figli; in loro assenza
- i genitori; in loro assenza
- gli altri eredi legittimi, con esclusione degli enti pubblici.

Luogo / data	Firma della persona da assicurare o, rispettivamente, della sua / del suo rappresentante legale

Inviare il modulo a:
 Visana Services AG, Privatkunden,
 Weltpoststrasse 19, Postfach, 3000 Bern 16