

Spett.le  
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.  
Via Imperia,35  
20142 Milano (MI)  
Ufficio Portafoglio

**Oggetto: vincolo di beneficio su polizza** \_\_\_\_\_

**Contratto n°** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  
Contraente della polizza in oggetto,

CHIEDE

**Di vincolare il beneficio del capitale assicurato a favore di:**

Nome e Cognome	Codice Fiscale

Il sottoscritto Contraente dichiara espressamente di rinunciare al potere di revoca della designazione di beneficio.

Distinti saluti

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

Il contraente

\_\_\_\_\_

Per accettazione del beneficio

II/I Beneficiario/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spett.le  
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.  
Via Imperia,35  
20142 Milano (MI)  
Ufficio Portafoglio

**Oggetto: vincolo di beneficio su polizza** \_\_\_\_\_

**Contratto n°** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  
Contraente della polizza in oggetto,

**CHIEDE**

**Di vincolare il beneficio del capitale assicurato a favore di:**

Nome e Cognome	Codice Fiscale

Il sottoscritto Contraente dichiara espressamente di rinunciare al potere di revoca della designazione di beneficio.

Distinti saluti

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

Il contraente

\_\_\_\_\_

Per accettazione del beneficio

II/I Beneficiario/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spett.le  
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.  
Via Imperia,35  
20142 Milano (MI)  
Ufficio Portafoglio

**Oggetto: vincolo di beneficio su polizza** \_\_\_\_\_

**Contratto n°** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  
Contraente della polizza in oggetto,

**CHIEDE**

**Di vincolare il beneficio del capitale assicurato a favore di:**

Nome e Cognome	Codice Fiscale

Il sottoscritto Contraente dichiara espressamente di rinunciare al potere di revoca della designazione di beneficio.

Distinti saluti

Luogo \_\_\_\_\_ , Data \_\_\_\_\_

Il contraente

\_\_\_\_\_

Per accettazione del beneficio

II/I Beneficiario/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spett.le  
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.  
Via Imperia,35  
20142 Milano (MI)  
Ufficio Portafoglio

**Oggetto: vincolo di beneficio su polizza** \_\_\_\_\_

**Contratto n°** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  
Contraente della polizza in oggetto,

CHIEDE

**Di vincolare il beneficio del capitale assicurato a favore di:**

Nome e Cognome	Codice Fiscale

Il sottoscritto Contraente dichiara espressamente di rinunciare al potere di revoca della designazione di beneficio.

Distinti saluti

Luogo \_\_\_\_\_ , Data \_\_\_\_\_

Il contraente

\_\_\_\_\_

Per accettazione del beneficio

II/I Beneficiario/i

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_