

T RDLE

,GLLR

13RFDLSDV

2 Cognome e nome

e one on e on

g o

e g

gen o

fratelli e sorelle

DDGL DVFLD

TR D

,GLLR

13R RFDL SDV

3 Cognome e nome

e one on e on

g o

e g

gen o

e e o e e

n

o n

n o

o e e

4 Cognome e nome

e one on e on

g o

e g

gen o

e e o e e

n

o n

n o

o e e

5 Cognome e nome

Data di Relazione con la persona figli (o affiliati e figliastri) genitori fratelli e sorelle

assicurata

Data di nascita _____ quota in % _____

Indirizzo _____

NPA, località, paese _____

GEMINI Fondazione collettiva verifica un eventuale diritto al capitale di decesso soltanto in seguito al caso di decesso in base alle disposizioni regolamentari valide in tale momento.

Luogo, data _____ Firma della persona assicurata _____