



Sospensione versamenti periodici

POLIZZA

Contraente (Cliente) _____ C.F./P.Iva _____

Nome prodotto _____ N. Polizza _____

LEGALE RAPPRESENTANTE¹

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc. _____

1. Da compilare solo in caso di Contraente Persona Giuridica o di soggetto incapace di agire.

Richiedo, come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la revoca dei versamenti periodici a partire da _____.

↳ La Compagnia verifica la coerenza della richiesta con le condizioni contrattuali ed esegue l'operazione nei tempi previsti

Luogo e data _____

X

Cliente/Legale Rappresentante



Timbro Banca e Firma Intermediario

Allego copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo in corso di validità e copia del codice fiscale del Contraente o del Legale Rappresentante in caso di Persona Giuridica o di Soggetto minore e/o incapace di agire.

Pagina 1/1

COPIA CLIENTE

COPIA FILIALE

COPIA COMPAGNIA