

## Variazione Indirizzo

### POLIZZA

Cliente (Contraente):.....C.F.\P.Iva.....

Nome Prodotto:..... N. Polizza: .....

Telefono..... Domicilio Fiscale:.....

### LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome :..... Nome .....

C.F. :.....

Da compilare solo in caso di Contraente Persona Giuridica o di Soggetto incapace di agire

- Comunico la modifica del mio **indirizzo di residenza**:

Via..... CAP.....

Città ..... Provincia ..... Stato.....

- Desidero ricevere la vostra corrispondenza a un indirizzo diverso dalla residenza:

Via..... CAP.....

Città ..... Provincia ..... Stato.....

Luogo e data .....  .....  
Cliente

- Allego copia leggibile di un documento identificativo, in corso di validità, del Cliente o del Legale Rappresentante in caso di Persona Giuridica o di soggetto incapace di agire