



Cambiamento nei dati del cliente

Dati personali (fino ad ora)

Cognome

Nome

Via / n.

NPA / località

Telefono

Data di nascita

Assicurato n.

Ragione del cambiamento

(per favore spuntare con una crocetta il rispettivo campo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cambiamento del nome | <input type="checkbox"/> Includere copertura dell'infortunio |
| <input type="checkbox"/> Cambiamento di indirizzo | <input type="checkbox"/> Escludere copertura dell'infortunio |
| <input type="checkbox"/> Conto bancario/postale | <input type="checkbox"/> Abbinamento familiare |
| <input type="checkbox"/> Camb. conto bancario/postale | <input type="checkbox"/> Separazione di famiglia / fattura sep. |

Incasso nuovo: mensile ogni 2 mesi trimestrale semestrale annuale

Descrizione (per favore precisare il cambiamento desiderato)

Nuovo nome

Nuovo indirizzo

Nuovo conto n.

IBAN n.

Nome e indirizzo della banca

Cognome dei nuovi
componenti famigliari

Cognome della persona
assicurata che dovrà essere
gestita come socio individuale

Valido dal:

Luogo / data

Firma