



Variazione indirizzo

Polizza

Cliente C.F./P.IVA
Nome prodotto N. Polizza
Telefono Domicilio fiscale

Legale Rappresentante ¹

Cognome Nome
C.F.

1. 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



Firma del cliente/Legale Rappresentante

Luogo e data

☒ Allego copia leggibile fronte/retro 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.