



Disattivazione Rebalancing

Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

Legale Rappresentante

Cognome

Nome

C.F.

- Chiedo di disattivare l'opzione Rebalancing.
- Sono a conoscenza che, come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia verifica la coerenza della richiesta con le condizioni contrattuali ed esegue l'operazione nei tempi previsti.
- Dichiaro:
 - di aver letto e compreso l'Articolo "REBALANCING" delle Condizioni di Assicurazione.

Luogo e data



Firma del Cliente/Legale Rappresentante

Timbro banca e firma intermediario

- 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.