



## Sospensione versamenti periodici

### POLIZZA

Contraente (Cliente) \_\_\_\_\_ C.F./P.Iva \_\_\_\_\_  
Nome prodotto \_\_\_\_\_ N. Polizza \_\_\_\_\_

### LEGALE RAPPRESENTANTE<sup>1</sup>

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.