



## Variazione indirizzo

### Polizza

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

### Legale Rappresentante <sup>1</sup>

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.