



Cambio di residenza
ASSOCIAZIONE SENIORES D'AZIENDA DEL GRUPPO GENERALI
SEZIONE di _____

Il sottoscritto
(cognome) (nome)

Codice fiscale e-mail

Cellulare

Assicurato con la polizza nr. Collettiva Sottocollettiva

DICHIARA


che l'indirizzo di residenza per la polizza suindicata è:

.....
(via) (numero civico)

.....
(cap) (località) (comune)

.....
(prov) (provincia) (telefono fisso)

.....
(cellulare) (e-mail)


(luogo e data)


(firma dell'assicurato)

Allegare documento d'identità

SPAZIO RISERVATO ALLA CONTRAENTE "ASSOCIAZIONE SENIORES D'AZIENDA DEL GRUPPO GENERALI"

Nulla Osta della Contraente:

.....
(timbro e firma)