



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.