



## Sospensione versamenti periodici

### Polizza

Contraente (Cliente)  C.F./P.IVA   
Nome prodotto  N. Polizza

### 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.

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



**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.