



Differimento a Scadenza

Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

Legale Rappresentante

Cognome

Nome

C.F.

☒ Richiedo che la data di scadenza sia differita fino al ____ / ____ / ____ come previsto dalle condizioni contrattuali.

☒ Dichiaro che:

- ☐ la polizza non è gravata da vincoli o pegni;
- ☐ non sono stati designati beneficiari irrevocabili.

☒ Certifico, sotto la mia responsabilità, l'esistenza in vita dell'assicurato.

☒ Comunico di voler proseguire i pagamenti laddove previsti dal prodotto.

La compagnia si riserva di controllare la validità della richiesta prima di effettuare tale variazione.

I versamenti effettuati nel periodo di posticipazione/differimento su polizze con decorrenza anteriore al 01/01/2001 non saranno soggetti ad imposta né saranno detraibili.

Luogo e data



Firma del cliente/Legale Rappresentante

Timbro banca e firma intermediario