



## 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 ne saranno detraibili.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data



**Firma del cliente/Legale Rappresentante**

Timbro banca e firma intermediario