

MODULO
RICHIESTA CAMBIO CONTRAENZA

Mitt.

Sig./Sig.ra

Via

Cap Città (Prov)

Tel Email

Spett.le
AFI ESCA
C. Att.ne Ufficio Operations
Foro Buonaparte, 51
20121 Milano (MI)

OGGETTO: CAMBIO CONTRAENZA

Io sottoscritto/a nato/a a

Prov. il, C.F. residente in

Via Città Prov. titolare della polizza n°

CHIEDO

con decorrenza immediata che il nuovo Contraente sia (fornire dettagli):

Persona fisica Persona giuridica

Nome e cognome/Ragione sociale Nato/a a

Prov. il C.F./P.Iva Residenza/Sede legale

in Via Città Prov.

Luogo..... Data ___/___/___

In fede
Contraente Uscente

In fede
Contraente Subentrante

Allegare alla presente richiesta: Modulo di adeguata verifica
Copia del documento di identità del Contraente Subentrante
Copia del documento di identità del Contraente Uscente
Consenso privacy firmato dal Contraente subentrante (dal Rappresentante Legal in caso di Persona giuridica)
Modulo di adeguatezza del contratto offerto (solo persone fisiche)
Visura camerale (solo persone giuridiche)