

DA

A

BROKER _____ FAX _____

COMUNICAZIONE PER

ATTIVAZIONE

CESSAZIONE

DELLE COPERTURE PREVISTE DALLA/E POLIZZA/E:

VITA/INVALIDITÀ TOTALE DA MALATTIA

INFORTUNI

INTEGRATIVA FASI/FASDAC

INTERMEDIATA/E DALLA VOSTRA SOCIETÀ PER NOSTRO CONTO (cancellare voci non interessate).

SI NOTIFICA CHE

- ◆ A FAR DATA DAL ____ / ____ / 200__
- ◆ IL SIGNOR _____
- ◆ NATO IL ____ / ____ / ____ A _____
- ◆ C.F. _____
- ◆ CONIUGATO: SÌ - NO CON FIGLI: SÌ - NO
- ◆ È STATO ASSUNTO HA CESSATO IL SERVIZIO
IN QUALITÀ DI **DIRIGENTE** (cancellare la voce non pertinente).

VI PREGHIAMO DI AGGIORNARE LA COPERTURA ASSICURATIVA IN CORSO.
CORDIALI SALUTI

Data ____ / ____ / 200__

(Firma del Contraente)