

Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a: **Banco BPM Vita S.p.A. - Direzione Operazioni, Via Massaua n. 6, 20146 Milano (MI)**;
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti@pec.bancobpmvita.it**;
- a mezzo raccomandata a mano alla propria filiale di riferimento della Banca Distributrice.

RICHIESTA VARIAZIONE INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

Il presente modulo è stato predisposto da Banco BPM Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili per aggiornare l'indirizzo di corrispondenza associato al rapporto assicurativo. La richiesta deve essere **compilata e sottoscritta dal Contraente della polizza**.

CONTRAENTE

Il sottoscritto Nome e Cognome	<input type="text"/>
Nato a	<input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
Numero telefono	<input type="text"/>
Indirizzo e-mail	<input type="text"/>

comunica di voler aggiornare l'indirizzo di corrispondenza associato alla polizza numero

A decorrere dalla data odierna, tutta la corrispondenza relativa al rapporto assicurativo dovrà essere trasmessa al seguente recapito:

Via	<input type="text"/>	n°	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>

_____ , _____
Luogo Data

Firma del Contraente



ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL CONTRAENTE

Documento d'identità	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
Rilasciato da	<input type="text"/>	il	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- o Copia fronte/retro del **Documento di identità** del **Contraente**.

ATTENZIONE: LE DOMANDE INCOMPLETE O PRIVE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA COMPORTERANNO TEMPI DI EVASIONE PIÙ LUNGI