# RICHIESTA VARIAZIONE INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

**PRODOTTI CODICE L02**

FIDEURAM VITA

**Spett.le Fideuram Vita S.p.A.**
**Via E.Q. Visconti, 80 - 00193 Roma**

Nome prodotto: _____

Luogo _____ Data ___ | ___ | ____
giorno mese anno

Il sottoscritto .....
(cognome e nome/ragione sociale)

CODICE FISCALE _____ nella sua qualità di Contraente, in base a quanto previsto nelle Condizioni di assicurazione regolanti l'assicurazione sulla vita n. _____, chiede di effettuare la variazione dell'indirizzo di domiciliazione della corrispondenza e, per l'effetto, dichiara che il nuovo indirizzo al quale dovranno essere inoltrate le comunicazioni è il seguente:

Cognome e nome: _____

c/o: _____

Via e n°. _____

Cap: _____ Città: _____

_____
**FIRMA DEL CONTRAENTE**
**O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE**

Mod. L022701/D - Ed. 10/2025

**COPIA PER:** ☐ **FIDEURAM VITA S.p.A.** ☐ **CLIENTE**