ATTIVAZIONE OPZIONE BORSA DI STUDIO

FIDEURAM VITA

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

PRODOTTI CODICE L02

PRODOTTI DI RAMO I

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. _____

RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'OPZIONE BORSA DI STUDIO

N.B.: Per le disposizioni relative all'attivazione dell'opzione borsa di studio si rinvia alle specifiche indicazioni presenti negli articoli delle Condizioni di Assicurazione del prodotto.

data richiesta: _____

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

Mod. L023601/D - Ed. 10/2025

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