

MODULO DI AGGIORNAMENTO DATI DI CONTATTO

Da inviare a FWU Life Insurance Lux S.A. (en liquidation) - 17, rue de la Poudrerie · L- 3364 Leudelange
oppure a Info.it@fwulifelux.com

N. di polizza :

Il/la sottoscritto/a

Sig Sig.ra

Nome :

Cognome :

Data e luogo di nascita :

vorrei aggiornare I miei dati personali come di seguito :

Indirizzo postale :
(Via, Numero, CAP, Città,
Provincia, Paese)

Telefono :

E-mail :

Al fine di validare la richiesta, allego di seguito :

- copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità ;
- copia di un documento attestante l'indirizzo indicato nel modulo (es. copia di una bolletta) ;
- ogni altro documento ritenuto utile e necessario.

Attesto che la presente dichiarazione è veritiera e sincera e dò il mio consenso a essere contattato/a via posta, e-mail, telefono o ogni altro mezzo.

Data :

Li :

Firma :