

Polizza numero: _____

MODULO CAMBIO DATORE DI LAVORO

1. DATI DELL'ADERENTE	
Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	
Ha cessato il rapporto di lavoro con: _____	
ED È STATA/O ASSUNTA/O in data : / / da _____	
Firma Lavoratore _____	
2. DATI DEL NUOVO DATORE DI LAVORO	
Datore di Lavoro / Ragione Sociale (denominazione): _____	
Indirizzo sede legale: via _____ cap _____	
comune _____	prov. (____)
Indirizzo sede amministrativa: via _____ cap _____	
comune _____	prov. (____)
Codice Fiscale/P.Iva: _____	
Persona da contattare per chiarimenti: _____	
Tel. _____	Fax _____ Email _____
Timbro e Firma Datore di Lavoro	
Data: / / _____	

N.B.: l'incompleta compilazione del presente modulo comporta l'immediato rigetto della richiesta presentata.

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO:

inviare il presente modulo sottoscritto e compilato in tutte le sue parti, unitamente alla copia fronte e retro del documento di identità dell'aderente a: documenti@veravitaassicurazioni.it esclusivamente in formato PDF risulteranno illeggibili altri tipi di formati (ad esempio formati word, fotografie, formati jpeg o allegati compressi tipo zip) – l'indirizzo di cui sopra non è abilitato a ricevere allegati tramite PEC.

VERA VITA S.p.A.

Sede Legale: Via Massaua, 6 - 20146 Milano - Tel. +39 02 7700 2405
Pec: comunicazioni@pec.veravitaassicurazioni.it - www.veravitaassicurazioni.it
Capitale sociale € 219.600.005,00 int. vers. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Banco BPM S.p.A. - C.F. e Num. di iscr. al Reg. delle Imprese di Milano 03035950231

Partecipante al Gruppo IVA Banco BPM Partita IVA 10537050964 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n.1762 del 21/12/2000 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.1 del 2/1/2001
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sezione I al n.01.00137 - Società del Gruppo assicurativo Banco BPM VITA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n° 045