

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.