RICHIESTA DI INCASSO A SCADENZA

Il/la sottoscritto/a.....

Nome e Cognome/ Ragione Sociale.....

CONTATTI per eventuali richieste d'integrazione documentale:

tel .....**e-mail** .....

in qualità di (selezionare una tra le seguenti opzioni):

☐ Contraente ☐ Beneficiario caso vita

Dichiara che l'assicurato della polizza AXA-MPS FINANCIAL numero .....

è ancora in vita e ne richiede l'incasso a scadenza sulle seguenti coordinate bancarie a me intestate*:

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*In caso di coordinate bancarie cointestate specificare i nominativi dei cointestatari ed allegare i relativi documenti d'identità:

Nome e Cognome dei cointestatari c/c

.....

Firma Contraente..... **Luogo e Data**.....

Inviare modulo e documenti d'identità valido e con firma visibile tramite e-mail all'indirizzo: supporto@axa-mpsfinancial.ie
Per informazioni contattare il numero verde 800 231 187 attivo da lunedì a venerdì dalle 9 alle 19

La Compagnia procederà al completamento della transazione solo in seguito alla corretta ricezione di tutta la documentazione

Informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito internet https://www.axa-mpsfinancial.ie/informativa-privacy