Richiesta di Variazione

Il/la sottoscritto/a Cognome e Nome / Ragione Sociale……

In qualità di contraente della/e polizza/e numero: ……

Richiede (selezionare una tra le seguenti opzioni):

NB: scrivere i dati in maniera chiara in carattere stampatello

☐ La variazione dell'indirizzo di corrispondenza

Via ……N°……

CAP……Comune……Provincia……

☐ La variazione dell' indirizzo e-mail

Nuovo indirizzo e-mail:

……

☐ L'attivazione del servizio "Stop Carta"
Specificare di seguito l'indirizzo e-mail da associare alla/e polizza/e

……

☐ La disattivazione del servizio "Stop Carta"

☐ La variazione del c/c associato indicando le 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 tramite e-mail valido e con firma visibile 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

Internal