

Spett.le
UniCredit Allianz Vita S.p.A.
Piazza Tre Torri 3
20145 Milano

RICHIESTA SOSPENSIONE PAGAMENTI PREMI

Polizza n. _____

Contraente/Aderente: _____

Il sottoscritto Contraente/Aderente della polizza in oggetto chiede:

La sospensione del pagamento dei premi a decorrere dalla prima scadenza utile.

Luogo e data, _____

Firma del Contraente/Aderente _____

Istruzioni operative

La **richiesta** deve sempre pervenire all'Impresa sottoscritta dal contraente o da chi ne ha la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento d'identità di ciascuno di essi riportante firma visibile.