



Questo modulo può essere utilizzato dai Clienti di BPER Banca per avanzare una richiesta di versamento aggiuntivo in Gestione Separata per importi inferiori o uguali a 5.000 euro. Terminata la compilazione, stampare il modulo, firmarlo e inviarlo, con la relativa documentazione, a uno dei seguenti indirizzi:

Per invio email: backofficerisparmio@cardif.com

Per invio cartaceo: Cardif Vita S.p.A. - Ufficio Savings Customer Service, Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano MI

La Compagnia dopo aver ricevuto ed analizzato la richiesta, fornirà le indicazioni necessarie per il pagamento.

Per qualsiasi supporto il Servizio Clienti è a disposizione al numero di telefono 800.900.780 o all'e-mail servizioclienti@cardif.com

Richiesta di versamento aggiuntivo

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



Dati Contraente (1/2)

Cognome/Ragione sociale	Nome	Sesso	F	M
--------------------------------	-------------	--------------	----------	----------

Nato/a il
Città di Nascita
Nazionalità
Codice fiscale/Partita IVA
Stato civile

Coniugato/a

Divorziato/a

Celibe/Nubile

Vedovo/a

PACS


 **Paese di cittadinanza**

1.

2.

3.

 **Paese di residenza fiscale**

1.

2.

3.

Indirizzo di residenza/sede legale Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

 **Indirizzo postale*** Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

Indirizzo di domicilio abituale* Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

*se diverso dall'indirizzo di residenza/sede legale
Tipo di documento Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi Tessera Postale Altro

Richiesta di versamento aggiuntivo

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



Dati Contraente - (2/2)

Numero
Data di rilascio
Data scadenza
Luogo e Autorità di Rilascio
Numero di telefono
Indirizzo email
Luogo e Data
Firma del Contraente


Dati Esecutore (se diverso dal Contraente)

Descrizione Legale rappresentante Procuratore Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno Terzo pagatore

Cognome
Nome
Sesso F M

Nato/a il
Città di Nascita
Nazionalità
Codice fiscale
Paese di cittadinanza

1.

2.

3.

Indirizzo di residenza Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

Tipo di documento Carta d'Identità Patente di Guida Passaporto Porto d'armi Tessera Postale Altro

Numero
Data di rilascio
Data scadenza
Luogo e Autorità di Rilascio
Numero di telefono

