

Polizza numero:	
-----------------	--

MODULO CAMBIO DATORE DI LAVORO

1. DATI DELL'ADERENT	E			No.			
Cognome:	W.C. (1)	Nome:					
Codice Fiscale:		000					
Ha cessato il rapporto di la	avoro con:						
ED È STATA/O ASSUNTA	A/O in data :	, ,	c	da			
Firma Lavoratore							
2. DATI DEL NUOVO DATORE DI LAVORO							
Datore di Lavoro / Ragioni indirizzo sede legale:	via	energen.		·.()	cap		
indirizzo sede amministrat	tiva: via		37.000	v. ()	cap		
Codice Fiscale/P.lva:							
Persona da contattare per	chiarimenti:						
Tel.	Fax Em			Email			
Data: / /			Timbro e Firma Datore di Lavoro				

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: <u>documenti@veravitaassicurazioni.it</u> 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.

Vera Vita S.p.A.

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 83 92 777 - Fax +39 045 83 72 905 Cap. Soc. Euro 219,600,005,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 03035950231 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Iscr. all'Albo delle Imp. di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 01,00137 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 1762 del 21/12/2000, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 1 del 2/1/2001.