

Polizza numero: _____

**MODULO
CAMBIO DATORE DI LAVORO**

1. DATI DELL'ADERENTE	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
Ha cessato il rapporto di lavoro con:	
ED È STATA/O ASSUNTA/O in data : / / da	
Firma Lavoratore _____	
2. DATI DEL NUOVO DATORE DI LAVORO	
Datore di Lavoro / Ragione Sociale (denominazione):	
indirizzo sede legale: via _____	cap _____
comune _____	prov. (____)
indirizzo sede amministrativa: via _____	cap _____
comune _____	prov. (____)
Codice Fiscale/P.Iva:	
Persona da contattare per chiarimenti:	
Tel.	Fax
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: documenti@veravitaassicurazioni.it 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 in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veravitaassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 219.600.005,00 (i.v.)
Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 03035950231 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 1762 del 21/12/2000 (Gazzetta Ufficiale n. 1 del 2/1/2001) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00137 e facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

www.veravitaassicurazioni.it