

DENUNCIA VARIAZIONE

Io sottoscritt ___ _____

nat _ a _____ il _____ residente a

_____ Via _____

in relazione alla copertura sanitaria, per l'anno 2017, DICHIARA le variazioni di seguito precisate:

- revocare l'adesione al prodotto **"SERENO FUTURO"**
- revocare l'adesione al prodotto **"PROFILO BASE"**
- revocare l'adesione al prodotto **"PROFILO MASSIMO"**
- trasferire l'adesione dal **PROFILO BASE** al **PROFILO MASSIMO**
- trasferire l'adesione dal **PROFILO MASSIMO** al **PROFILO BASE**

• Composizione nucleo familiare con effetto 1 gennaio 2017

Cognome e nome	Luogo e data di nascita		Rel. par. ¹

COMPONENTI DI ETA' SUPERIORE AD ANNI 30			

 Data

 firma

<i>Riservato alla Banca</i>	
Data deposito	Firma

¹ 1= coniuge 2=figlio/a 3=altra