

**POLIZZA TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL
CASO DI MORTE E DI INABILITA' PERMANENTE
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

Io Sottoscritt _____
(cognome e nome)

Codice Fiscale _____

Nat__ a _____ Il _____
(Comune e provincia)

Dipendente della Società _____ Matricola n. _____

N.tel./cellulare _____ E-mail _____

aderente all'Ambito del Fondo Pensioni:

BP **BPL** **BPN** **CB+LUPILI**

con riferimento alla polizza in oggetto:

DICHIARO che

per mi_ figli _ _____
(cognome e nome)

Codice Fiscale _____

nato a _____ il _____
(Comune e provincia)

ha cessato di sussistere:

la qualifica di familiare a carico

la condizione di handicap riconosciuto dalle competenti strutture sanitarie.

DICHIARO di aver preso visione ed accettato l'estratto di Polizza che regola la Polizza in oggetto, messo a disposizione sul sito web www.fondopensionibancopopolare.it nella sezione Norme e Moduli;

DICHIARO di aver preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e Decreto Legislativo 2003/196 così come aggiornato e modificato dal D.Lgs. 2018/101.

In fede.

(luogo e data)

(firma leggibile)

Modulo da inviare in originale a:

99854.08811 - Fondo Pensioni Gruppo BP - Lodi (Via Polenghi Lombardo 13 - 26900 Lodi)

Contatti: Tel. 0371/580446-447 Indirizzo e-mail: fondopensionibp@bancobpm.it