



Persona assicurata: \_\_\_\_\_ N. di affiliazione: \_\_\_\_\_

## Scheda complementare indirizzi

All'occorrenza potete comunicarci indirizzi nuovi aggiuntivi o sostitutivi per la nostra corrispondenza:

**Indirizzo di corrispondenza:**  
(se la corrispondenza deve essere inviata a terzi, p.es. una fiduciaria)

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lingua                    D            F            I  
Numero di telefono/fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_  
Interlocutore: \_\_\_\_\_

**Indirizzo di fatturazione:**  
(se diverso dall'indirizzo di domicilio o dall'indirizzo per la corrispondenza)

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lingua                    D            F            I

**Indirizzo per copie:**  
(per l'invio di copie supplementari dei documenti)

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lingua                    D            F            I

**Luogo:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_