

Card Protection Service

Contratto d'assicurazione / . .

Detentore delle carte (riempire un formulario per ogni persona assicurata)

Si prega di compilare in stampatello e con pennarello scuro

Intestazione Signor Signora

Lingua Deutsch Français Italiano

Cognome _____

Nome _____

Via/No. _____

NPA/Località _____

Data di nascita . . (da compilare assolutamente)

Telefono privato / Telefono prof. /

Procura

Autorizzo la Basilese Assicurazione SA conformemente alle mie istruzioni, a fare il necessario per sospendere le carte da me annunciate

Luogo, data _____ Firma _____

Carta Maestro o PostFinance Card

IBAN o Conto No. (è utilizzato della Banca per sospensione) Carta-No. Emessa da (nome istituto bancario/Luogo)
p.es. CS, Zurigo; Banca Cantonale BL, Liestal.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Carte di credito

Carta-No. emessa da
p.es. UBS, CS, ecc.

Mastercard _____

Visa _____

AMEXCO _____

Diners Club _____

altre carte di credito _____

Carte bancarie

No. di conto o di carta emessa da (nome istituto bancario/Luogo)
p.es. CS Zurigo, Banca Cantonale BL Liestal, ecc.

<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____

