Spett.le

MODULO DI RICHIESTA DI RECESSO DALLA POLIZZA

| | |
|---|---|
| Cognome e nome: | |
| Codice Fiscale: | |
| Indirizzo: | |
| Città: | |
| Telefono | |
| Email: | |
| Polizza n. / Finanziamento n.: | |

Il sottoscritto (barrare la casella interessata)

- ○ Dichiara di voler avvalersi del diritto di recesso a seguito di estinzione anticipata del finanziamento o cessazione del rischio.

Chiede che il rimborso del premio assicurativo, sia effettuato sul seguente conto corrente

intestato a: _____ (allegare Documento d'identità e Codice Fiscale)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(indicare il codice iban)

Luogo e data

Firma dell'assicurato