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)

- o Dichiara di voler avvalersi del diritto di recesso "**entro i 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza suindicata**" come previsto dalle Condizioni di Assicurazione ricevute al momento dell'adesione.
- o Dichiara di voler avvalersi del diritto di "**recesso annuale**" come previsto dalle Condizioni di Assicurazione ricevute al momento dell'adesione.
- o Dichiara di voler avvalersi del diritto di recesso a seguito di "**Estinzione Anticipata del Finanziamento" o "Cessazione del rischio**" come previsto dalle Condizioni di Assicurazione ricevute al momento dell'adesione.

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