MODULO DI RICHIESTA DI RECESSO DALLA POLIZZA v2.0

Da restituire firmato tramite email a: automotive@nobis.it

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

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Viale Colleoni, 21
Tel. 039 98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 37.890.907,00 i.v. • REA n. MB-1395446
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di MI, MB, LO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 e seguenti del c.c. e appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.