

FAC-SIMILE DA FOTOCOPIARE PRIMA DELLA COMPILAZIONE

MODULO RICHIESTA RECESSO COPERTURA ASSICURATIVA

(utilizzabile entro 60 giorni dalla data di efficacia della copertura)

N° Polizza: Ufficio Postale N°

Indirizzo

N° Mutuo:

Il presente Modulo è da spedire, unitamente all'originale del Modulo di Adesione, entro 60 giorni dalla data di efficacia della copertura assicurativa:

- a mezzo lettera raccomandata a/r a:

Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Portafoglio - Piazzale Konrad Adenauer, 3 - 00144 Roma

L'ASSICURATO

Cognome e Nome sesso M F data di nascita/...../.....

Comune di nascita Prov Cod. Fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza..... Cap..... Prov.....

Tel.: (casa)..... (ufficio)..... (cell).....

Indirizzo

Occupazione.....

informa Poste Assicura S.p.A. di voler esercitare il recesso dal presente contratto assicurativo.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà il Premio pagato al netto delle imposte.

L'Assicurato chiede che il rimborso del Premio pagato al netto delle imposte avvenga secondo la seguente modalità (barrare con "x" la modalità prescelta):

- Accredito sul conto corrente dell'Assicurato IBAN
- Rimborso diretto all'Ente Erogante che, effettuando il calcolo di un nuovo piano di ammortamento, provvederà a ridurre la rata o la durata del Mutuo.

Si precisa che il recesso così esercitato avrà efficacia anche nei confronti di Poste Vita S.p.A., ai sensi del presente contratto.

Luogo e data...../...../.....Firma