



Richiesta di estinzione/continuazione

Assicurato

Cognome e Nome

C.F.

Residente a

Via/Piazza

Provincia

CAP

Telefono/Cellulare

e-mail/PEC

Numero Polizza

Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO AD ALTRO ENTE NON APPARTENENTE AL GRUPPO INTESA SANPAOLO

Il sottoscritto Assicurato della polizza sopra indicata, segnala (barrare l'opzione prescelta)

**LA CESSAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE PER ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/
TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO AD ALTRO ENTE**

Finanziamento n. _____

Indicare la data di estinzione/trasferimento del finanziamento ____ / ____ / ____

(N.B. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione anticipata totale o del trasferimento del finanziamento)

**Timbro e firma della filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo erogatrice del finanziamento sopra indicato _____
(a conferma dei dati sopra indicati)**

(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della quietanza di estinzione/trasferimento del finanziamento rilasciata dalla Filiale)

In alternativa all'annullamento delle coperture assicurative per estinzione/trasferimento del finanziamento, il sottoscritto chiede

LA RIATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA FINO ALLA SCADENZA ORIGINARIAMENTE PREVISTA
N.B. la richiesta deve essere inviata entro 60 gg. dalla data di estinzione/trasferimento del finanziamento

L'ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Finanziamento n. _____

Indicare la data di estinzione parziale del finanziamento ____ / ____ / ____

**Timbro e firma della filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo erogatrice del finanziamento sopra indicato _____
(a conferma dei dati sopra indicati)**

(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della quietanza di estinzione parziale del finanziamento rilasciata dalla Filiale)

Sezione da compilare in caso di **ALTRI MOTIVI DI ANNULLAMENTO**

Il sottoscritto, in qualità di Assicurato della polizza sopra indicata, segnala (barrare l'opzione prescelta)

L'ANNULLAMENTO PER VOLTURA DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

La richiesta per essere completa deve essere corredata dalla documentazione comprovante l'evento rilasciata dalla banca. In questo caso la copertura assicurativa cessa alle ore 24.00 della data dell'evento.

Finanziamento n. _____

Indicare la data di voltura del finanziamento ____ / ____ / ____

Timbro e firma della filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo erogatrice del finanziamento sopra indicato _____
(a conferma dei dati sopra indicati)

(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della documentazione attestante la voltura del finanziamento rilasciata dalla Filiale)

IL RECESSO ANNUALE PER LE GARANZIE ASSICURATIVE CHE LO PREVEDONO

N.B. La richiesta deve essere inviata TRAMITE RACCOMANDATA A.R. con preavviso di 60 gg. antecedenti rispetto a ciascuna ricorrenza annuale della polizza (a tal fine fa fede la data del timbro postale di invio).

Il sottoscritto richiede che il premio pagato e non goduto in seguito all'annullamento sopra richiesto, calcolato come indicato nelle Condizioni di Assicurazione del fascicolo informativo ricevuto all'adesione della polizza, sia accreditato sul proprio conto corrente

IBAN

I	T																																		
Cod. Paese		CIN Iban		CIN	Codice ABI			CAB		Numero Conto Corrente																									

Data della richiesta



Firma Assicurato