



## 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/trasferimento del finanziamento rilasciata dalla filiale)

