



## Disattivazione Prestazione Ricorrente/Cedola

### Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

### Legale Rappresentante

Cognome

Nome

C.F.

- Chiedo l'interruzione della Prestazione Ricorrente/Cedola.
- Sono a conoscenza che, come previsto dalle condizioni di assicurazione, la compagnia verifica la coerenza della richiesta con le condizioni contrattuali ed esegue l'operazione nei tempi previsti.

Luogo e data



**Firma del cliente/Legale Rappresentante**

Timbro banca e firma intermediario

- Allego copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo, in corso di validità, del cliente o del Legale Rappresentante in caso di persona giuridica o di soggetto incapace di agire.