



PREV07

Comunicazione recesso

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Portafoglio Previdenza
Viale Stelvio, 55/57
20159 Milano MI

Modulo di recesso

Aderente

Cognome e Nome:

Codice fiscale: Residente a :

Via/Piazza:Provincia:CAP:.....

Telefono/Cellulare: E-mail:

Forma Pensionistica

PIP PROGETTO PENSIONE

CODICE CONTRATTO.....

Dichiarazioni dell'Aderente

Il sottoscritto aderente

- comunica che intende avvalersi del diritto di recesso dal contratto sopra indicato
- prende atto che tale dichiarazione sarà valida ed efficace se inviata, firmata, **entro 30 giorni dalla conclusione del contratto** come disciplinato dalla normativa vigente e dalla documentazione contrattuale ricevuta al momento dell'adesione
- chiede che l'importo liquidato a titolo di recesso sia accreditato sul conto corrente di cui è intestatario, con il seguente

IBAN:

Documentazione allegata

Fotocopia fronte/retro di documento di identità dell'aderente o del legale rappresentante in caso di aderente incapace di agire.

Luogo e Data

X

Firma aderente
(o rappresentante legale in caso di aderente incapace di agire)