

**MODULO DI RICHIESTA ESTINZIONE/CONTINUAZIONE
POLIZZA PROTEGGIPRESTITO**

La presente richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:

Spett.li
Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A./Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Assunzioni e Variazioni Vita e CPI
Via Melchiorre Gioia, 22 - 20124 Milano

DATI DA FORNIRE IN OGNI CASO PER UN'EVAZIONE CORRETTA E AGEVOLE DELLA RICHIESTA

DATI ASSICURATO	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____	
Indirizzo _____	
Telefono _____	e-mail _____
N° Polizza _____	

**Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA/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)

Debito residuo del finanziamento alla data dell'evento in euro _____

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 15gg o 60 gg dalla data di estinzione/trasferimento del finanziamento a seconda di quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

☐ **L'ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL FINANZIAMENTO**

La richiesta per essere completa deve essere corredata dalla documentazione comprovante l'evento rilasciata dalla banca.

Finanziamento n° _____

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

Debito residuo del finanziamento alla data dell'evento in euro _____

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)

Le coperture assicurative proseguono tenuto conto di tutte le estinzioni anticipate parziali del finanziamento.

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Direzione Generale: Via San Francesco D'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasampaoloassicura.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra n. 3, 10138 Torino - Sede Operativa: Via Melchiorre Gioia n. 22, 20124 Milano - comunicazioni@pec.intesasampaolovita.it, Capitale Sociale Euro 320.422.508, Codice Fiscale e n. iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 - Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo", Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) - Sede Secondaria: Intesa Sanpaolo Vita Dublin Branch, 1st Floor International House, 3 Harbourmaster Place, IFSC Dublin, D01 K8F1 (Ireland), registrata in Irlanda presso il C.R.O. (Companies Registration Office) n. 910051, VAT 4194641PH (IE4194641PH) - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00066 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

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

- ☐ **IL RECESSO ENTRO 60 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**
N.B. La richiesta deve essere inviata entro 60 gg. dalla conclusione del contratto. Le parti sono libere da qualsiasi obbligo a partire dalle ore 24.00 del giorno della spedizione della comunicazione di recesso attestata dal timbro postale di invio.
- ☐ **IL RECESSO ANNUALE PER LE SOLE GARANZIE PRESTATE DA INTESA SANPAOLO ASSICURA S.p.A.**
N.B. La richiesta deve essere inviata 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 RECESSO ANNUALE PER LE SOLE GARANZIE PRESTATE DA INTESA SANPAOLO VITA S.p.A.**
N.B. La richiesta deve essere inviata 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				0														
COD. PAESE		CIN	IBAN		CIN	CODICE ABI				CAB		NUMERO CONTO CORRENTE							

Data della richiesta ____ / ____ / ____

Firma dell'Assicurato _____