
**MODULO RICHIESTA ESTINZIONE/CONTINUAZIONE POLIZZA BUSINESSSEMPRE
PER TUTTI I PACCHETTI ASSICURATIVI: "MULTIRISCHIO" O "VITA/DECESSO"
OPPURE "INFORTUNI" (con adesione dal 16/05/2011)**

La presente richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:

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

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

Ragione Sociale / Cognome e Nome Richiedente _____	
P. IVA o C.F. _____	
N° Polizza _____	
Indirizzo _____	
Telefono _____	e-mail _____
DATI ASSICURATO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____	

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

Il sottoscritto Richiedente della polizza sotto indicata, segnala (barrare l'opzione prescelta)	
<input type="checkbox"/> 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/anticipata totale/trasferimento del finanziamento rilasciata dalla Filiale)	
In alternativa all'annullamento delle coperture assicurative per estinzione/trasferimento del finanziamento, il sottoscritto chiede	
<input type="checkbox"/> 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.	

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasanaoloprotezione.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 Assicurazioni S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Sede legale: Via San Francesco d'Assisi n. 10, 10122 Torino - Sede Operativa: Via Melchiorre Gioia n. 22, 20124 Milano - comunicazioni@pec.intesasanaoloassicurazioni.com, 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 Assicurazioni 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 del Socio Unico Intesa Sanpaolo S.p.A. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00066 - Capogruppo del Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Sezione da compilare in caso di ALTRI MOTIVI DI ANNULLAMENTO

Il sottoscritto, in qualità di Richiedente 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 TRAMITE RACCOMANDATA A.R. 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 PROTEZIONE S.p.A. (SOLO PER IL PACCHETTO "MULTIRISCHIO")**

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).

☐ **L'ANNULLAMENTO PER FALLIMENTO O CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' DI IMPRESA RICHIEDENTE O CESSIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO AD ALTRO SOGGETTO FINANZIATO**

N.B. La richiesta deve essere inviata entro 30 gg. dall'evento (a tal fine fa fede la data di invio della richiesta)

La richiesta per essere completa deve essere corredata della seguente documentazione:

- In caso di FALLIMENTO del Richiedente: la sentenza dichiarativa del fallimento
- In caso di CESSAZIONE del Richiedente: esibizione della trascrizione nel registro delle imprese dell'avvenuto scioglimento/cancellazione/trasformazione della compagine societaria.
- In caso di CESSIONE del contratto di finanziamento ad altro soggetto finanziato: documentazione comprovante l'evento rilasciata dalla banca.

In questo caso le coperture assicurative cessano alle ore 24.00 della data dell'evento.

☐ **L'ANNULLAMENTO PER CESSAZIONE DEL RUOLO RILEVANTE DELL'ASSICURATO**

In questo caso le coperture assicurative cessano alle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di cessazione del ruolo rilevante (farà fede la data della presente richiesta sotto indicata).

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 del Richiedente _____