

MODULO DI RICHIESTA ESTINZIONE PROTEGGIMUTUO SMART

La presente richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:

Spett.li

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

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

DATI ASSICURATO

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

Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/trasferimento del contratto o SURROGA DEL MUTUO AD ALTRO ENTE/ MODIFICA INTESTAZIONE DEL MUTUO

LA CESSAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE PER ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/trasferimento o SURROGA DEL MUTUO AD ALTRO ENTE
Mutuo n° _____

Indicare la data di estinzione/trasferimento o surroga/modifica dell'intestazione del mutuo _____/_____/_____

(N.B. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione anticipata totale o della surroga o trasferimento/modifica dell'intestazione del mutuo)

Timbro Filiale (a conferma dei dati sopra indicati) _____

(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della quietanza di estinzione/trasferimento o surroga/modifica dell'intestazione del mutuo rilasciata dalla Filiale)

Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE

L'ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Finanziamento o Mutuo n° _____

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

Timbro Filiale (a conferma dei dati sopra indicati) _____
(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della quietanza di estinzione parziale del finanziamento rilasciata dalla Filiale)

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.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.intesasanpaoloassicurazioni.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 RECESSO

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

- IL RECESSO ENTRO 60 GIORNI DALLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**
 IL RECESSO ANNUALE PER LE SOLE GARANZIE PRESTATE DA INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
 IL RECESSO ANNUALE PER LE SOLE GARANZIE PRESTATE DA INTESA SANPAOLO ASSICURAZIONI S.p.A.

N.B. La richiesta deve essere inviata TRAMITE RACCOMANDATA A.R. oppure con posta elettronica certificata a Uff.portafogliovariazioni@pec.intesasanpaoloassicurazioni.com 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, laddove previsto, calcolato come indicato nelle Condizioni di Assicurazione, sia accreditato sul proprio conto corrente

IBAN	                                      	T	                                      	COD. PAESE	CIN IBAN	CIN	0	CODICE ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE
------	--	----------	--	-------------------	-----------------	------------	----------	-------------------	------------	------------------------------

Data della richiesta _____ / _____ / _____

Firma dell'Assicurato _____