

## MODULO DI RECESSO

Spettabile  
Cardif  
Back Office Protezione - Post vendita Casella  
Postale 231  
20123 Milano (MI)  
E-mail: lineapersone@cardif.com

### OGGETTO: RICHIESTA DI RECESSO DALLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### DATI IDENTIFICATIVI CONTRATTO:

|                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|
| Numero Contratto                                                |  |
| Prodotto                                                        |  |
| Codice Convenzione                                              |  |
| Partner (intermediario che ha proposto la polizza assicurativa) |  |
| Nome e Cognome Aderente                                         |  |
| Codice Fiscale Aderente                                         |  |
| Data e luogo di nascita Aderente                                |  |
| Indirizzo di contatto (posta / mail)                            |  |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il RECESSO dalla polizza assicurativa indicata nel modulo, rinunciando pertanto alle coperture assicurative ad essa associate, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Si chiede gentilmente di provvedere al rimborso del premio utilizzando le coordinate IBAN sotto riportate:

IBAN :

Intestato a: \_\_\_\_\_

Istituto bancario: \_\_\_\_\_

Trasmetto in allegato la seguente documentazione affinché possiate procedere al pagamento:

- Documento di identità in corso di validità, fronte e retro
- Codice Fiscale

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_

(Firma cliente per esteso)

\_\_\_\_\_