

MODULO DI CESSAZIONE POLIZZA

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

OGGETTO: RICHIESTA DI CESSAZIONE DELLA 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

La CESSAZIONE dalla polizza assicurativa indicata nel modulo, rinunciando pertanto alle coperture assicurative ad essa associate, con effetto da:

- Data ricezione richiesta: in caso di Premio unico o annuale
- Dalla prima mensilità utile successiva alla data di ricezione richiesta: in caso di Premio mensile

Si chiede gentilmente di provvedere all'eventuale 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)
