

## MODULO DI RICHIESTA RECESSO DALLA POLIZZA ASSICURATIVA

### DATI DELL'ASSICURATO

|                              |  |         |        |
|------------------------------|--|---------|--------|
| Nome:                        | Cognome:   |         |        |
| Codice Fiscale:              | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |         |        |
| Data di Nascita:             | Luogo di Nascita:  | Prov.:  |        |
| Indirizzo di corrispondenza: | Cap:   | Comune: | Prov.: |
| Recapito Telefonico:         | Indirizzo E-mail:  |         |        |

### DATI DELLA POLIZZA

N. Convenzione: AH18060

Il sottoscritto Assicurato:

- comunica che intende avvalersi del diritto di recesso dalla polizza sopra indicata, come previsto dalle Condizioni di assicurazione ricevute al momento dell'adesione;
- prende atto che il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della presente richiesta - debitamente compilata ed inviata secondo le modalità di seguito descritte - e che nessuna copertura assicurativa sarà più operativa dalla medesima data;
- chiede che il rimborso del premio non goduto, al netto delle imposte, sia effettuato sul seguente conto corrente di cui è intestatario:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

La presente richiesta va inviata alla Compagnia, unitamente alla fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato, tramite **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo:

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - Ufficio Portafoglio Bancassurance  
Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma

Modulo di richiesta di recesso