

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: AH17070

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