INTESA SANPAOLO ASSICURA

# MODULO RICHIESTA ESTINZIONE/CONTINUAZIONE POLIZZA INCENDIO MUTUI

La presente richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:
**Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. -** Corso Inghilterra,3 - 10138 - Torino

**Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/SURROGA DEL MUTUO AD ALTRO ENTE**

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

O **LA CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE/SURROGA DEL MUTUO AD ALTRO ENTE**

**Mutuo n°**_____

**Indicare la data di estinzione/surroga del mutuo** _____/_____/_____
(N.B. La copertura assicurativa cessa alle ore 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione anticipata totale o della surroga del mutuo)

**Timbro Filiale erogatrice del suddetto mutuo (a conferma dei dati sopra indicati)**_____
(in alternativa allegare alla presente richiesta la copia della quietanza di estinzione/surroga del mutuo rilasciata dalla Filiale)

In alternativa all'annullamento della copertura assicurativa per estinzione/surroga del mutuo, il sottoscritto chiede

O **LA RIATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA FINO ALLA SCADENZA ORIGINARIAMENTE PREVISTA, eventualmente a favore del nuovo Beneficiario di seguito indicato (scrivere in stampatello leggibile).**
**N.B. Esclusivamente in assenza dell'intestatario della polizza al momento dell'estinzione/surroga del mutuo la richiesta dovrà essere inviata entro i termini indicati nel fascicolo informativo di riferimento (entro 15 giorni dalla data di estinzione/surroga per le polizze emesse dal 01/07/2017 ed entro 60 giorni dalla data di estinzione/surroga per le polizze emesse prima del 01/07/2017).**

**Nuovo Beneficiario:**_____

**Sezione da compilare – in alternativa alla precedente – in caso di ALTRI MOTIVI DI ANNULLAMENTO**

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

O **Il RECESSO ANNUALE**
N.B. La richiesta deve essere inviata tramite RACCOMANDATA A.R. con preavviso di 60 gg. antecedenti rispetto a ciascuna ricorrenza annuale della polizza (a tal fine fa fede la data di invio della richiesta).

O **L'ANNULLAMENTO PER VARIAZIONE DEL MUTUATARIO**
N.B. La richiesta deve essere inviata entro 30 gg. dall'evento (a tal fine fa fede la data di invio della richiesta).
La richiesta, per essere completa, deve essere corredata della documentazione comprovante l'evento rilasciata dalla Banca e di una dichiarazione del nuovo Mutuatario di non voler subentrare nel contratto di assicurazione.

Il soggetto sottoscritto richiede che il premio pagato e non goduto in seguito all'annullamento sopra richiesto, calcolato come indicato nelle Condizioni di Assicurazione, sia accreditato sul proprio conto corrente IBAN

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(qualora il soggetto intestatario del conto corrente sia differente indicarlo_____)

Data della richiesta _____/_____/_____ Firma dell'Assicurato _____

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

**DATI ASSICURATO**

Cognome_____ Nome_____

Codice fiscale _____

Indirizzo_____

Telefono_____E-mail_____

N° polizza a cui la richiesta va riferita_____ N° adesione _____

N° Mutuo_____