INTESA SANPAOLO ASSICURA

MODULO RICHIESTA ESTINZIONE/CONTINUAZIONE Polizza BusinessFotovoltaico

La presente richiesta deve essere inviata al seguente indirizzo:
Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. - Corso Inghilterra, 3 - 10154 Torino

Sezione da compilare in caso di ESTINZIONE ANTICIPATA/TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE DEL FINANZIAMENTO

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

○ **LA CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER ESTINZIONE ANTICIPATA/TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE DEL FINANZIAMENTO**

Finanziamento n°_____

Indicare la data di estinzione/trasferimento del finanziamento _____/_____/_____
(N.B. La copertura assicurativa cessa alle ore 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione anticipata o del trasferimento del finanziamento)

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

In alternativa all'annullamento della copertura assicurativa per estinzione/trasferimento del finanziamento, il soggetto sottoscritto chiede

○ **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. La richiesta deve essere inviata entro 60 gg. dalla data di estinzione/trasferimento del finanziamento.

Nuovo Beneficiario:

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

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

○ **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).

○ **IL RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO**
N.B. La richiesta deve essere inviata (tramite RACCOMANDATA A.R.) entro 60 gg. dal pagamento o dal rifiuto di ciascun indennizzo/risarcimento, con preavviso di 60 gg. (a tal fine fa fede la data di invio della richiesta)

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 _____/_____/_____ L'Assicurato _____

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

DATI ASSICURATO

Cognome e Nome / Ragione sociale_____

Codice fiscale/Partita IVA_____

Indirizzo_____

Telefono_____E-mail_____

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

N° finanziamento_____