Europ Assistance Italia S.p.A.

MODULO DI RICHIESTA DI RECESSO DALLA POLIZZA

Nome:			
Cognome:			
Codice Fiscale:			
Indirizzo:			
Città:			
Telefono:		E-Mail	
Polizza n.			

Il sottoscritto:

- dichiara di voler 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 ricezione della presente richiesta
- chiede che il rimborso del premio assicurativo al netto delle imposte, sia effettuato sul seguente conto corrente di cui è titolare

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

_____

_____

Europ Assistance Italia ti ricorda che a partire dal 61° giorno dalla data di firma del modulo di adesione e in deroga all'art. 1899 del Codice civile puoi recedere dalla polizza in qualunque momento. Per recedere devi scrivere una lettera raccomandata A/R alla Contraente tramite il Broker presso il quale è intermediata la Polizza (APRIL CASELLA POSTALE 178 26100 CREMONA; e-mail supportodb@brokeronline.it; tel. 800.92.13.13, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 20,00 ed il sabato dalle ore 8,00 alle ore 13,00).
In assenza di sinistro, Europ Assistance ti rimborsa la parte di premio relativa al periodo assicurativo non goduto, escluse le imposte.
Se, invece, hai avuto un sinistro Europ Assistance trattiene il premio relativo all'annualità in cui si è verificato il sinistro e ti restituisce il premio della/delle annualità successive al netto delle imposte.