

MODULO DI USCITA DALLA COPERTURA o RECESSO alla Polizza Collettiva n° 1000000183 “SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE:

- Cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente**
- Decesso da malattia dell'Assicurato**
- Recesso** (possibile a partire dall'inizio del quinto anno della Copertura Assicurativa)

Spett.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9
20122 - MILANO

ESTREMI DEL FINANZIAMENTO

FINANZIAMENTO N°:	SCADENZA:	ISTITUTO:	AGENZIA:
-------------------	-----------	-----------	----------

AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA

RAGIONE SOCIALE:	NDG:	P.IVA:
CITTÀ:	PROV:	CAP:
INDIRIZZO:	IBAN DEL C/C INTESTATO ALL'AZIENDA ADERENTE:	
COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE:	NOME LEGALE RAPPRESENTANTE:	

DATI ASSICURATO/I PER CUI È RICHIESTA L'USCITA DALLA COPERTURA O IL RECESSO

In caso di richiesta di recesso è necessario indicare i nominativi di tutti gli Assicurati

1° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

2° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

3° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

4° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto, inoltre, che al momento dell'adesione alla polizza collettiva n° 10000000183, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento assicurativo dei dati personali comuni e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo e Data

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

NOME e COGNOME in stampatello

Firma

