

## 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 .....

