



CREDEMVITA

DIRITTO DI RECESSO

Soggetto collocatore:

Contraente

cognome, nome e indirizzo

estremi del contratto

polizza n.	decorrenza
------------	------------

Con la presente, in qualità di Contraente della polizza sopraindicata, esprimo la volontà di esercitare il diritto di recesso come disciplinato e previsto dal D.Lgs.7 Dicembre 2005, n. 209

disposizione diritto di recesso

dettaglio

Il sottoscritto, in qualità di contraente della polizza in oggetto e avvalendosi del disposto delle norme regolanti il contratto sopraindicato, in virtù del diritto di recesso esercitato, Vi chiede la restituzione dell'importo previsto ai sensi delle condizioni contrattuali nel caso di esercizio del diritto di recesso, autorizzando CREDEMVITA SPA ad accreditare tale importo sul conto corrente sottoindicato e dichiara di tenere sollevata e indenne CREDEMVITA SPA da qualsiasi pretesa e conseguenza che contro la medesima venisse avanzata in dipendenza della polizza suindicata in relazione al presente pagamento. Dichiara inoltre di non aver più nulla da pretendere da CREDEMVITA SPA in dipendenza della suddetta polizza che deve intendersi estinta e priva di ogni ulteriore effetto. Il sottoscritto comunica inoltre di aver dato oggi incarico al Soggetto Collocatore di inoltrare la richiesta in questione. Dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'importo dovuto in caso di esercizio del diritto di recesso è determinato ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione e, dove previsto, dal Regolamento dei Fondi interni o Titoli strutturati.

luogo e data	conto corrente di accredito (indicare coordinate bancarie)
firma Contraente 	cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri

Credemvita S.p.A. - Società con unico socio, soggetta ad attività di direzione e coordinamento (ex art. 2497 bis c.c.) da parte di Credito Emiliano S.p.A. - Capitale interamente versato di euro 71.600.160 - REA n° 185343 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia - Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01437550351 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00105 - Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 1 42121 Reggio Emilia (Italia) - Tel: +39 0522 586000 - Fax: +39 0522 452704 - www.credemvita.it - info@credemvita.it - PEC: info@pec.credemvita.it - Credemvita ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e specifici standard di comportamento per i quali si rimanda alla "Comunicazione standard etici" consultabile sul sito www.credemvita.it





CREDEMVITA

DIRITTO DI RECESSO

Soggetto collocatore:

Contraente

cognome, nome e indirizzo

estremi del contratto

polizza n.

decorrenza

Con la presente, in qualità di Contraente della polizza sopraindicata, esprimo la volontà di esercitare il diritto di recesso come disciplinato e previsto dal D.Lgs.7 Dicembre 2005, n. 209

disposizione diritto di recesso

dettaglio

Il sottoscritto, in qualità di contraente della polizza in oggetto e avvalendosi del disposto delle norme regolanti il contratto sopraindicato, in virtù del diritto di recesso esercitato, Vi chiede la restituzione dell'importo previsto ai sensi delle condizioni contrattuali nel caso di esercizio del diritto di recesso, autorizzando CREDEMVITA SPA ad accreditare tale importo sul conto corrente sottoindicato e dichiara di tenere sollevata e indenne CREDEMVITA SPA da qualsiasi pretesa e conseguenza che contro la medesima venisse avanzata in dipendenza della polizza suindicata in relazione al presente pagamento. Dichiara inoltre di non aver più nulla da pretendere da CREDEMVITA SPA in dipendenza della suddetta polizza che deve intendersi estinta e priva di ogni ulteriore effetto. Il sottoscritto comunica inoltre di aver dato oggi incarico al Soggetto Collocatore di inoltrare la richiesta in questione. Dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'importo dovuto in caso di esercizio del diritto di recesso è determinato ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione e, dove previsto, dal Regolamento dei Fondi interni o Titoli strutturati.

luogo e data

conto corrente di accredito (indicare coordinate bancarie)

firma Contraente

cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri

Credemvita S.p.A. - Società con unico socio, soggetta ad attività di direzione e coordinamento (ex art. 2497 bis c.c.) da parte di Credito Emiliano S.p.A. - Capitale interamente versato di euro 71.600.160 - REA n° 185343 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia - Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01437550351 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00105 - Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 1 42121 Reggio Emilia (Italia) - Tel: +39 0522 586000 - Fax: +39 0522 452704 - www.credemvita.it - info@credemvita.it - PEC: info@pec.credemvita.it - Credemvita ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e specifici standard di comportamento per i quali si rimanda alla "Comunicazione standard etici" consultabile sul sito www.credemvita.it





CREDEMVITA

DIRITTO DI RECESSO

Soggetto collocatore:

Contraente

cognome, nome e indirizzo

estremi del contratto

polizza n.

decorrenza

Con la presente, in qualità di Contraente della polizza sopraindicata, esprimo la volontà di esercitare il diritto di recesso come disciplinato e previsto dal D.Lgs.7 Dicembre 2005, n. 209

disposizione diritto di recesso

dettaglio

Il sottoscritto, in qualità di contraente della polizza in oggetto e avvalendosi del disposto delle norme regolanti il contratto sopraindicato, in virtù del diritto di recesso esercitato, Vi chiede la restituzione dell'importo previsto ai sensi delle condizioni contrattuali nel caso di esercizio del diritto di recesso, autorizzando CREDEMVITA SPA ad accreditare tale importo sul conto corrente sottoindicato e dichiara di tenere sollevata e indenne CREDEMVITA SPA da qualsiasi pretesa e conseguenza che contro la medesima venisse avanzata in dipendenza della polizza suindicata in relazione al presente pagamento. Dichiara inoltre di non aver più nulla da pretendere da CREDEMVITA SPA in dipendenza della suddetta polizza che deve intendersi estinta e priva di ogni ulteriore effetto. Il sottoscritto comunica inoltre di aver dato oggi incarico al Soggetto Collocatore di inoltrare la richiesta in questione. Dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'importo dovuto in caso di esercizio del diritto di recesso è determinato ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione e, dove previsto, dal Regolamento dei Fondi interni o Titoli strutturati.

luogo e data

conto corrente di accredito (indicare coordinate bancarie)

firma Contraente

cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri

Credemvita S.p.A. - Società con unico socio, soggetta ad attività di direzione e coordinamento (ex art. 2497 bis c.c.) da parte di Credito Emiliano S.p.A. - Capitale interamente versato di euro 71.600.160 - REA n° 185343 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia - Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01437550351 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00105 - Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 1 42121 Reggio Emilia (Italia) - Tel: +39 0522 586000 - Fax: +39 0522 452704 - www.credemvita.it - info@credemvita.it - PEC: info@pec.credemvita.it - Credemvita ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e specifici standard di comportamento per i quali si rimanda alla "Comunicazione standard etici" consultabile sul sito www.credemvita.it

