

**Spett.le
MEDVIDA Partners
Via A. Albricci, 7
20122 MILANO**

Raccomandata A.R. o PEC **medvidapartners@pec.it**

da inviarsi entro 30 gg dall'estinzione del finanziamento

Data _____

Richiesta di proseguimento coperture

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ CF. _____ residente a _____

a seguito dell'estinzione del mutuo/finanziamento stipulato il _____ con numero

pratica _____ estinto in data _____ in qualità di:

- mutuatario
- co-intestatario
- garante
- fideiussore

CHIEDE

Di mantenere in vigore le coperture assicurative garantite dalla polizza collettiva n. _____

fino alla naturale scadenza.

Firma _____

Richiesta di estinzione anticipata

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ CF. _____ residente a _____

a seguito dell'estinzione del mutuo/finanziamento stipulato il _____ con numero

pratica _____ estinto in data _____

CHIEDE

Il recesso delle coperture assicurative garantite dalla polizza collettiva n. _____

ed il rimborso del premio non goduto a favore del conto intestato al medesimo e identificato con

IBAN _____

e con pratica di richiesta di finanziamento n. _____

Firma _____