

## **MODULO RICHIESTA ESTINZIONE O MANTENIMENTO COPERTURA ASSICURATIVA**

Spett.  
CNP Assurances S.A.  
Ufficio Gestione Portafoglio  
Via Dante, 14 - 20121 Milano  
RACCOMANDATA A.R. O/A  
mezzo Fax 02.72.60.11.51

Polizza Collettiva N. 020000041

Mutuo N° .....

Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

Assicurato 1..... IBAN.....

Assicurato 2..... IBAN.....

Assicurato 3..... IBAN.....

Assicurato 4..... IBAN.....

### **L' ASSICURATO**

Informa CNP di aver provveduto ad inoltrare all'Istituto erogante la domanda di Estinzione/Surroga/Accollo del Contratto di Mutuo di cui sopra e pertanto, ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010 art. 49, chiede che in caso di esito positivo dell'operazione di cui sopra:

la polizza cessi la propria operatività e sia restituita la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (premio non goduto).

L'importo determinato dovrà essere accreditato sul conto corrente il cui IBAN è sopra riportato:

la polizza continui la sua operatività fino alla naturale scadenza secondo quanto indicato all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

### **FIRMA**

Luogo e Data.....Assicurato 1.....

Luogo e Data.....Assicurato 2.....

Luogo e Data.....Assicurato 3.....

Luogo e Data.....Assicurato 4.....